

ARTICULOS

**La calidad de vida en personas con síndrome  
de intestino irritable**

**Quality of live in patients with irritable bowel  
syndrome**

C. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ  
N. ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

**RESUMEN**

*Se evalúa la calidad de vida en una muestra de 31 pacientes diagnosticados de SII con sintomatología mixta (dolor y alteración del hábito intestinal), de moderada intensidad y de curso crónico. Se indaga, mediante autoinformes y cuestionarios estandarizados, las manifestaciones clínicas características, la capacidad funcional, el estado emocional, el apoyo social, las conductas de enfermedad, el estado de salud y las limitaciones cotidianas. Los resultados, considerada la muestra en su conjunto, indican que el SII no empeora la calidad de vida. Los análisis correlacionales y de regresión logística señalan que son las peculiaridades comportamentales que definen este trastorno antes que la sintomatología digestiva las condiciones más potentes para explicar la calidad de vida de los pacientes. El estado depresivo (HAD-D), las manifestaciones de enfermedad (Kellner), la apreciación de limitaciones cotidianas (IBS-QOL, PSN) y las molestias en relación a la deposición, hinchazón y fatiga son los parámetros que mayor y más significativa relación guardan con una peor valoración de la calidad de vida en la muestra de estudio.*

**ABSTRACT**

*Quality of living of a sample of 31 patients with irritable bowel syndrome (IBS) was evaluated. Patients suffered from recurrent mild abdominal pain and disturbed bowel function. Clinical symptoms, functional status, emotional state, social support, illness behaviour and daily limitations were studied by means of questionnaires and a behavioural interview. Results suggest that IBS does not hamper patient's quality of living. Correlation analysis and logistic regression show that behaviour characteristics rather than digestive symp -*

*toms are the key factors to explain IBS patient's quality of living. Depressive state (HAD-D), illness behaviour, perception of daily limitations (IBS-QOL, PSN) and disturbances such as constipation, dyspepsia and weariness are factors which most relate with a worst rating of quality of living.*

**PALABRAS CLAVE**

*Síndrome del Intestino Irritable (IBS); calidad de vida.*

**KEY WORDS**

*Irritable Bowel Syndrome (IBS) , Quality of Living.*

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional caracterizado por un conjunto de síntomas gastrointestinales sin base orgánica conocida. Son definitorios de este cuadro clínico el dolor abdominal y alteración en la evacuación intestinal asociados, a menudo, a síntomas extradigestivos. Aunque no presenta morbimortandad, su curso es crónico o recidivante. Es así la principal causa de consulta en gastroenterología, en particular a nivel ambulatorio, ocasionando elevados costos sociosanitarios. No obstante, debe señalarse que, si bien su incidencia en la población general se sitúa en torno al 10-15%, sólo una parte demanda tratamiento. A la búsqueda de consulta médica se ha asociado la severidad de los síntomas y el malestar psicológico (Wiklund y Glise, 1998).

Efectivamente, numerosos estudios señalan la presencia de trastornos psicológicos entre los pacientes con SII. Estas personas manifiestan conductas de ansiedad y depresión con mayor frecuencia que la población general y que los sujetos con enfermedad digestiva orgánica. Sin embargo, hay que resaltar que son, precisamente, los individuos que más consultan por sus problemas intestinales quienes más alteraciones emocionales refieren, muestran mayor preocupación por su salud, valoran más

negativamente su estado físico, y exhiben más conductas de enfermedad (Gick y Thompson, 1997; Walker, Gelfand, Gelfand y Katon, 1995; Blanchard, Scharff, Schwarz, Suls y Barlow, 1990; Whitehead, Bosmajian, Zonderman, Costa y Schuster, 1988, Creed y Guthrie, 1987). Se ha señalado que el comportamiento aprendido de enfermo crónico es una condición característica y definitoria de los pacientes con SII en relación a los pacientes digestivos orgánicos (Whitehead, Winget, Fedoravicius, Wooley y Blackwell, 1982). De otro lado, las situaciones de tensión o sobrecarga aparecen comúnmente como desencadenantes claros de los síntomas digestivos en muchos de estos pacientes. En este sentido, las intervenciones conductuales diseñadas para desarrollar conductas alternativas al repertorio de enfermo crónico exhibido y mejorar su competencia para amortiguar la activación fisiológica y manejar las situaciones de estrés, han mostrado ser eficaces en el tratamiento de estos pacientes (Fernández, Pérez, Amigo y Linares, 1998; González, Fernández y García, 1998; Blanchard Schwarz, Suls, 1992; Schwarz, Taylor, Scharff y Blanchard, 1990).

El SII implica así un impacto importante en la calidad de vida de las personas (Glia y Lindberg, 1997, Talley, Weaver y Zinsmeister, 1995,

Danquechim, Delvaux, Allemand, Allouche, Van Egroo y Lepen, 1994). Puede decirse que este trastorno **afecta todos los** ámbitos cotidianos: laboral, social, sexual, actividades domésticas, ocio, etc. (Corney y Stanton, 1990; Dancey y Backhouse, 1993), y estas alteraciones se observan por igual en individuos de diferentes culturas (Hahn, Yan y Strassels, 1999). Distintos estudios coinciden al señalar que la calidad de vida de los sujetos con trastornos funcionales gastrointestinales es peor que en los pacientes con enfermedad orgánica (Drossman, Li, Leserman, Toomey y Hu, 1996). El dolor se refiere como la condición que más empeora su calidad de vida (Schwarz, Blanchard, Berreman, Scharff, Taylor, Greene, Suls y Malamood, 1993; Drossman, Li, Leserman, Toomey y Hu, 1996). No obstante, son varios los autores que señalan, junto con la severidad de los síntomas, los factores psicosociales y, en particular, la relación entre ambos como los elementos más importantes en la predicción de la calidad de vida en el SII (Bennett, Piesse, Palmer, Badcock, Tennant y Kellow, 1998; Naliboff, Balice y Mayer, 1998). Es creciente el interés en la evaluación de la calidad de vida de estos pacientes y, en concreto, la indagación de los ámbitos afectados. En este sentido, los instrumentos genéricos de calidad de vida diseñados para recoger información de

la capacidad funcional, el ajuste psicológico y social no parecerían adecuados para valorar el impacto particular de los síntomas del SII y la apreciación de la calidad de vida por estos individuos. Informes válidos y específicos de calidad de vida en el SII tendrían una clara repercusión en el abordaje de este trastorno.

En este sentido, el presente estudio tiene por objeto analizar los parámetros clínicos y comportamentales característicos del SII como predictores del estado general subjetivo y la calidad de vida informada de los pacientes. En consecuencia, en una muestra de pacientes con SII, mediante la aplicación al enfermo y al gastroenterólogo de procedimientos de autoinforme e instrumentos estandarizados de calidad de vida (generales y específicos), se indaga en un periodo temporal concreto acerca de las manifestaciones clínicas características, la capacidad funcional, el estado emocional, el apoyo social, las conductas de enfermedad, el estado de salud, las limitaciones y la calidad de vida, y las implicaciones mutuas entre estas condiciones.

## **MUESTRA**

La muestra se compone de 31 pacientes diagnosticados de SII en el Servicio de Aparato Digestivo del

Hospital Central de Asturias y del Ambulatorio «La Lila» de Oviedo. Tres gastroenterólogos participaron en la investigación. Durante un período de seis meses, cada médico a todos los individuos que acudían a sus respectivas consultas y cumplían los criterios diagnósticos de SII (Drossman, Thompson, Talley y cols., 1990), les solicitó su consentimiento para participar en un estudio sobre la afectación del SII en la calidad de vida. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de SII que dieron su conformidad. La evaluación de la calidad de vida se llevó a cabo por una psicóloga. Del total de la muestra (N=31), el 67,7 % son mujeres y el 32,3 % son hombres. La media de edad se sitúa en 44 años (d.t.=15,09), con edades comprendidas entre 18 y 68 años. Por lo que se refiere a la situación laboral, la mayor parte de los sujetos está en activo: el 51,6% tiene un empleo retribuido, un 16,1% son de amas de casa, el mismo porcentaje son jubilados (16,1%), un 12,9 % son estudiantes y sólo un sujeto está desempleado.

## MATERIALES

### Protocolo clínico del paciente.

Cumplimentado por el médico durante la consulta con el paciente y donde se recoge información sobre la intensidad de los síntomas en la última semana y la frecuencia en los últimos tres meses. Los sín-

tomas evaluados son los siguientes: dolor abdominal, deposición líquida, molestias en relación a la deposición líquida, molestias en relación a la deposición dura, sensación de urgencia defecatoria, sensación de evacuación incompleta, ardor de estómago, eructos, reflujo ácido, hinchazón, náuseas, deposición semanal y cambios en relación a la deposición semanal. Se registra también la percepción del paciente acerca de su estado general en la última semana y en los últimos tres meses (muy bueno, bueno, regular, malo). Con la información recogida se calculó para cada paciente un índice de intensidad y otro de frecuencia de la sintomatología. Para calcular el *índice de intensidad*, cada uno de los síntomas, a excepción de la deposición semanal (medido por el número de ocurrencias), se evaluaba en una escala de 0 («nada») a 3 («mucho») conforme a la intensidad con la que lo percibía el sujeto, y el sumatorio de estos valores (para cada sujeto) se dividía entre el número de síntomas indagado. Para el *índice de frecuencia* se procedió igual, sólo que en este caso, la escala para cada uno de los síntomas iba de 0 («ausencia del síntoma») a 4 («presencia continua de los síntomas durante los últimos 3 meses») en función de la frecuencia con la que se presentaba dicho síntoma. A partir de los índices de intensidad y frecuencia de cada

paciente se calculó el valor medio de la intensidad y frecuencia de la sintomatología en la muestra total.

**Entrevista semiestructurada.**

Diseñada para recoger datos demográficos, clínicos y sobre la repercusión del SII en la vida cotidiana. En particular, se indaga acerca de la antigüedad del diagnóstico, los síntomas digestivos y extradigestivos actuales, la evolución de la sintomatología (cambios en la frecuencia y/o intensidad y mantenimiento y/o aparición nuevos síntomas), el/los tratamientos médicos y/o alternativos y efectividad de los mismos, frecuencia de consultas al médico, información sobre la gravedad y pronóstico del SII, otras enfermedades, reconocimiento de desencadenantes de los síntomas, consecuencias percibidas de la enfermedad, limitaciones en la vida cotidiana y grado de satisfacción con la misma. En todas las cuestiones se pidió al sujeto que respondiese conforme a unas categorías codificadas de respuesta. Los datos clínicos se completaron y contrastaron con la historia clínica del paciente.

**Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Instrument (IBS-QOL.**

**Patrick, 1998).** Este cuestionario se diseñó para evaluar la calidad de vida en sujetos con SII durante el mes anterior a su aplicación. Consta de 34 ítems divididos en 8 subescalas (estado emocional,

interferencia con actividades, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de alimentos, reacción social, sexo, relaciones sociales). Cada uno de los ítems consta de cinco alternativas de respuesta que se valoran de acuerdo a una escala Likert de 5 puntos, en la que el 1 indica «no limitación» y el 5 una «limitación total». Se obtienen ocho puntuaciones diferentes correspondientes a cada una de las dimensiones del cuestionario y una puntuación global en una escala de 0 (indica mínima calidad de vida) a 100 (máxima calidad de vida). Este instrumento ha demostrado tener una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0.95) y estabilidad (0.86). En cuanto a la validez convergente y discriminante, los autores informan de correlaciones satisfactorias con otras medidas específicas de capacidad funcional y bienestar psicológico (Patrick, Drossman, Frederick, Dicesare y Puder, 1998). Este cuestionario no está adaptado ni validado con población española.

**Perfil de Salud de Nottingham (PSN, Hunt, 1980. Alonso, 1990).**

Evalúa la percepción subjetiva de los problemas de salud. Consta de dos partes, la primera, formada por 38 ítems que evalúan seis dimensiones de salud (energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social) donde los individuos deben

responder contestando si/no dependiendo de si esa situación es aplicable a su persona o no. Se obtienen así seis puntuaciones diferentes correspondientes a cada una de las dimensiones del cuestionario y con un recorrido de 0 (indica ausencia de problemas) a 100 (presencia todos los problemas). La segunda parte consta de siete preguntas acerca de la presencia de limitaciones en una serie de actividades funcionales de la vida diaria: trabajo, tareas domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre. Sólo pueden ser contestadas como una respuesta si/no y analizadas como variables categóricas. Los valores de validez de la versión española oscilan entre 0,25 y 0,51. La fiabilidad se encuentra entre 0,69-0,85 y presenta una consistencia interna entre moderada y alta (con valores comprendidos entre 0,58-0,85).

**Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD. Zimong y Snaith, 1983).** Diseñada para evaluar el estado emocional de los sujetos atendidos en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Al efecto de evitar falsos positivos en la evaluación psicopatológica en estos contextos, los autores excluyen las referencias a síntomas físicos. La escala consta de 14 ítems divididos en dos subescalas de ansiedad y depresión, cada una con 7 ítems. El con-

tenido de los ítems hace referencia a la percepción subjetiva del paciente de aspectos psicológicos relacionados con los trastornos ansiosos y depresivos. Cada ítem consta de 4 alternativas de respuesta, que se valoran conforme a una escala Likert con puntuaciones comprendidas entre 0 y 4, que miden la intensidad del malestar percibido por el paciente. Los autores situaron la zona de corte para las dos subescalas en el rango 8-10. Considerándose caso los valores superiores a 11. Tiene una coeficiente de validez de 0,70 y, en cuanto a la fiabilidad, se encuentra un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 para cada una de las subescalas.

**Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC. Broadhead y cols., 1988).** Es un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, sobre las facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. Este cuestionario evalúa dos dimensiones del apoyo social funcional, la confidencial (ítems 7, 8, 6, 4, 1 y 10) y la afectiva (ítems 11, 9, 2, 3 y 5). La respuesta a cada uno de los ítems se valora mediante una escala Likert de 1 a 5 puntos. Existe una versión española del cuestionario.

Presenta una fiabilidad de 0,80. **Escala de Locus de Control de Salud (HLC. Wallston y cols. 1976).** Esta escala mide el tipo de atribución que los sujetos tienen con respecto a la salud, es decir, a qué factores, externos o internos, atribuyen su salud. El cuestionario consta de 11 ítems que valoran en qué medida los sujetos atribuyen las enfermedades a causas internas o externas. Los sujetos, con respecto a cada ítem, deben indicar su grado de acuerdo o desacuerdo en base a una escala Likert de 6 puntos. Existe una adaptación española de esta escala, realizada sobre población con problemas de salud. La fiabilidad presenta valores entre 0,54 y 0,75 y los coeficientes de validez son bastante razonables.

**Cuestionario de Conducta de Enfermedad de Kellner (Kellner, 1986).** Este cuestionario evalúa, de forma breve, la presencia o no de un patrón de conducta de enfermedad. Consta de 9 preguntas que indagan las creencias u opiniones que el sujeto tiene acerca de la enfermedad, ante las que el sujeto debe responder afirmativa o negativamente (SI/NO), dependiendo de cuál sea su opinión en cada caso. Los datos sobre fiabilidad muestran valores entre 0,67 y 0,87 y presenta una consistencia interna de 0,84. La **Subescala de Conducta de Enfermedad** permite evaluar de una forma rápida y sencilla la pre-

sencia de una serie de comportamientos indicativos de un patrón de conducta de enfermedad. Consta de 6 preguntas acerca de la frecuencia con la que se suele ir al médico y de qué forma la enfermedad incapacita al sujeto. Cada una de estas preguntas consta de cinco alternativas de respuesta que se valoran de acuerdo a una escala Likert de cinco puntos con valores comprendidos entre 0 y 4. Una puntuación igual o superior a 10 sería indicativa de conducta de enfermedad (aunque no existen datos para población con SII). Se ha encontrado una alta correlación entre esta subescala y otras escalas que miden conducta de enfermedad. Las propiedades psicométricas de ésta parecen adecuadas para llevar a cabo medidas prospectivas, es decir, establecer comparaciones con otros instrumentos antes que comparar poblaciones concretas.

## PROCEDIMIENTO

Pasaron a formar parte de la investigación todos aquellos sujetos con diagnóstico de SII (Drossman, Thompson, Talley y cols., 1990) que, a petición propia y/o en las revisiones ya establecidas, fueron atendidos durante un periodo de seis meses en dos consultas de aparato digestivo del Hospital Central de Asturias, y que tras ser infor-



mados por el gastroenterólogo de la finalidad del estudio dieron su aprobación. El proceso de evaluación se iniciaba en la consulta, en la cual el médico realizaba el protocolo clínico de los síntomas que presentaba el paciente en la última semana y durante los últimos tres meses. A continuación, una psicóloga entrevistaba a estos sujetos y, seguidamente, se les solicitaba que cubriesen, en la misma sesión, los cuestionarios: IBS-QOL; PSN; HAD; Duke-UNC, HLC; Cuestionario y Subescala de Conducta de Enfermedad de Kellner. Los tests se cumplimentaron de manera autoaplicada. Ocasionalmente, con algunos pacientes de mayor edad que refieren problemas de visión sin lentes, fueron administrados de forma dirigida por la psicóloga. Se aceptó esta forma de aplicación, ya que en la mayoría de los estudios no se encuentran diferencias entre uno y otro modo de administración (de la Revilla Ahumada, Bailón, de Dios Luna, Delgado, Prados y Fleitas, 1991).

## ANÁLISIS DE DATOS

Las pruebas estadísticas utilizadas para analizar las distintas variables clínicas y psicológicas contempladas en el estudio son fundamentalmente descriptivas y correlaciones. Se llevaron a cabo análisis de varianza con el fin de determinar

si existían diferencias entre hombres y mujeres, y entre nuestra muestra y las muestras empleadas en los estudios de baremación del cuestionario IBS-QOL y del Duke-UNC. En los casos en los que no fue posible realizar un AVAR convencional ya que, por el reducido tamaño de la muestra, las variables no se distribuían normalmente se utilizó la prueba de Kruskal Wallis, para comprobar en concreto si existían diferencias (en las puntuaciones de los cuestionarios) atendiendo a peculiaridades clínicas distintas de los sujetos. Con algunas de las variables dicotómicas, como la evolución del SII (continua o alternante), se utilizó la regresión logística para determinar cuáles de las otras variables contempladas las explicaban mejor.

## RESULTADOS

### Historia Clínica

Por lo que se refiere a la *antigüedad del diagnóstico* del SII, en cuatro pacientes (12,9%) es superior a cinco años, en once (35%) se estableció entre uno y cinco años, y la mayoría de los sujetos de esta muestra, dieciseis (51,6%), fueron diagnosticados en el último año. No obstante, en cuanto a la *antigüedad de los síntomas* la relación es inversa, sólo dos pacientes la sitúan en el último año, diez sujetos (32,3%) entre uno y cinco años, y los dieci-

nueve restantes (61,3%) en más de cinco años.

En relación al *tratamiento*, el 74,2 % de la muestra en el momento del estudio utiliza un tratamiento farmacológico (generalmente, combinaciones de espasmolíticos y psicofármacos). Sin embargo, sólo dos pacientes consideran el tratamiento eficaz para eliminar los síntomas. Por otra parte, siete personas han recurrido a tratamientos alternativos (yoga, productos de herbolario, etc.).

Sobre el número anual de *visita -sal médico* gastroenterólogo, sólo un 12,9 % señalan más de dos consultas al año y la mayoría (58%) informa de una o menos. En lo que se refiere a las consultas al médico de familia, existe un alto porcentaje de sujetos (38,7%) que no consultan por sus problemas digestivos y un 22,6% señalan más de 2 consultas al año.

En cuanto a los *síntomas*. El cálculo de los valores medios de la intensidad y frecuencia de los síntomas recogidos en el Protocolo Clínico indica que en, la muestra, los síntomas que se refieren más intensos durante la semana en que se realiza la evaluación (rango de 0 a 3) son: hinchazón (1,52), evacuación incompleta (1,23), dolor abdominal (1), urgencia defecatoria (0,97), molestias con deposición dura (0,90). La media de la muestra en intensidad de los síntomas fue de 0,86 (d.t.=0,50).

Sobre la frecuencia (en una escala de 0 a 4), los síntomas más presentes en los tres meses previos fueron: hinchazón (2,42), dolor abdominal (2,29), evacuación incompleta (2,26), deposición líquida (1,97), molestias con deposición dura (1,90), molestias con deposición líquida (1,81), urgencia defecatoria (1,71). La media de frecuencia en la muestra fue de 1,78 (d.t.=0,85).

La muestra en conjunto se caracteriza por presentar una sintomatología predominantemente mixta. Más de la cuarta parte señala la concurrencia de diarrea, estreñimiento y otros síntomas.

En cuanto a la sintomatología extradigestiva la media de síntomas fue de 2,81, con un rango que va de 0 síntomas hasta 7 que señaló un único sujeto. Los síntomas extradigestivos más frecuentes en la muestra fueron: fatiga, señalado por un 61,3% de los sujetos, dolor de cabeza (48,4%), dolor de espalda (32,3%) insomnio (32,3%), apatía (32,2%), mareos (25,8%), cambios de humor (19,4%).

Respecto a la presencia de desencadenantes de la sintomatología, sólo un 32,3% de la muestra los reconoce y señala, entre los más comunes, el estrés, los cambios de hábitos cotidianos y la dieta.

En relación al *estado general*, en la semana en la que se realizó la

evaluación fue «muy bueno» para tres pacientes, «bueno» para doce, «regular» para once y «malo» sólo para cinco. Ello contrasta con el estado general en los últimos seis meses, ya que la mayoría de los sujetos percibieron su estado como «regular» o «malo» (quince y trece pacientes, respectivamente), sólo tres como «bueno» y ninguno «muy bueno».

En lo que se refiere a la *información* que la muestra tiene sobre su enfermedad, el 58,1 % de los sujetos dicen tener conocimiento acerca de lo que es el síndrome de intestino irritable. Esta cuestión sólo se indagó a través del autoinforme del paciente.

La *valoración de la gravedad y la incapacidad* causada por el SII que hacen los sujetos es la siguiente. La mayoría de la muestra (el 73,3 %) considera el SII como un trastorno leve y sólo un 13,3 % lo consideran grave. Sobre la incapacidad que produce la enfermedad, el 64,5 % la consideran molesta, siendo mayor el porcentaje de personas que no le da importancia frente a los que la consideran incapacitante (el 22,6 % y el 12,9 %, respectivamente).

#### **Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Instrument. IBS-QOL**

La media en el IBS-QOL (media=75,52; d.t.=21,01) muestra

un valor bastante elevado indicando buena calidad de vida en el grupo de estudio. Ocurre lo mismo en las distintas escalas del IBS QOL. Como puede observarse en la Tabla 1., se encuentran valores elevados en todas las escalas, siendo la media más baja la de la escala de Evitación de Alimentos (media=67,47; d.t.=27,08) y las más altas las de Vida Sexual (media=83,06; d.t.=28,79) y Sociabilidad (media=83,06; d.t.=22,31). Así, la comparación de los datos de nuestra muestra con la empleada en la validación del cuestionario (Patrick y cols., 1998) informa de diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). Si bien, al analizar los datos por sexo, se encuentran diferencias en la muestra de mujeres pero no en la de hombres. Las diferencias siempre indican unas puntuaciones más elevadas en nuestra muestra, tanto para la escala total como para la mayor parte de las subescalas, a excepción de la escala de Reacción Social.

#### **Perfil de Salud de Nottingham. PSN**

En el PSN como se muestra en la Tabla 1. también se encuentran valores indicativos de una buena percepción del estado de salud. En este caso, los autores aconsejan utilizar el valor de la mediana ya que se trata de una muestra inferior a 50 sujetos. Si tenemos en cuenta

**TABLA 1**  
Puntuaciones globales de la muestra de estudio en los cuestionarios IBS-QOL, PSN, HAD, Duke-UNC, CCE.

	<b>TOTAL (N=31)</b> <b>MEDIA (D.típica)</b>	<b>MUJERES (N=21)</b> <b>MEDIA (D.bpica)</b>	<b>HOMBRES (N=10)</b> <b>MEDIA (D.ffpica)</b>
<b>IBS-QOL</b>	<b>75,52 (21,02)</b>	<b>76,96 (17)</b>	<b>72,49 (28,14)</b>
<b>Emoción</b>	77,02 (22,93)	81,10 (15,76)	68,44 (32,86)
<b>Interferencia con actividad</b>	73 73 (24)	95,41(18,64)	68,21(33,14)
<b>Imagen corporal</b>	75 (24,15)	81,93 (23,84)	75,64 (26,10)
<b>Preocupación por la salud</b>	73,92 (21,27)	73,41 (21,35)	75 (22,23)
<b>Evitación de alimentos</b>	67 47 (27 08)	61,90 (26,82)	79,16 (24,93)
<b>Reacción social</b>	76,62 (28,04)	75,3 (27,49)	79,39 (30,48)
<b>Vida sexual</b>	83,06 (28,79)	84,52 (28,20)	80 (31,29)
<b>Sociabilidad</b>	83,06 (22,31)	86,90 (18,3n)	75 (28,33)
<b>Duke-UNC</b>	<b>48,03 (6,60)</b>	<b>48,10 (6,37)</b>	<b>47,9 (7,40)</b>
<b>HLC</b>	<b>32 (9,05)</b>	<b>33 (9,51)</b>	<b>29,9 (8,06)</b>
<b>CCE Kellner</b>	<b>2,03 (1,99)</b>	<b>1,38 (0,92)</b>	<b>3,4 (2,88)</b>
<b>Subescala CE</b>	<b>8,97 (4,98)</b>	<b>9,19 (4,47)</b>	<b>8,5 (6,15)</b>
<b>HAD</b>	<b>10,48(7,67)</b>	<b>9,71 (5,68)</b>	<b>12,1(10,96)</b>
Ansiedad	6 90 (4,56)	6,67 (4,15)	7,4 (5,52)
Depresión	3 58 (4)	3,05 (2,77)	4,7 (5,85)
<b>PSN 1*(1)</b>	<b>17,13</b>	<b>81,25</b>	<b>84,38</b>
Energía	0	0	0
Dolor	1 2,50	25	0
Emoción	11,10	11,10	16,65
Sueño	20	20	10
Aislamiento social	0	0	20
Movilidad	12,50	12,50	0
<b>PSN 11*(2)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>

\*(1) En el caso del PSN I y sus escalas los datos que figuran son las medianas ya que los autores recomiendan utilizar éstas cuando la muestra es pequeña.

\*(2) En el PSN II aparecen las modas al tratarse de una variable nominal.

que las puntuaciones se valoran en una escala de 0 a 100 y que los valores próximos a 0 son indicativos de una «buena percepción del estado de salud», el valor de la mediana fue muy bajo (mediana=17,13). En cuanto a las distintas escalas, los valores más bajos, por tanto, indicativos de un buen estado, se encuentran en Energía (mediana=0) y Aislamiento Social (mediana=0), y el más alto se observa en Sueño (mediana=20).

#### **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. HAD**

En la HAD (Tabla 1.) la media encontrada (media=10,48, d.t.=7,67) está por debajo del punto de corte que indicaría un estado emocional alterado (puntuaciones superiores a 11). El porcentaje de casos encontrados en la muestra es del 35,48% y el de casos dudosos de 29,03%. Existe un 22,58% de casos de ansiedad y 6,45% de casos de depresión.

#### **Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Duke-UNC**

En el APSF se encuentra (Tabla 1.), al igual que en la mayoría de los cuestionarios, un valor elevado (media=48,03; d.t.=6,60) que sería indicativo de un buen apoyo social percibido. Al comparar esta media con la del realizado con población española por de la Revilla Ahumada, de Dios Luna, Delgado, Prados

y Fleitas (1991), se encuentran diferencias significativas entre ambas muestras a favor de un mejor apoyo percibido en la muestra de nuestro estudio ( $p < 0.02$ ).

#### **Cuestionario de Locus de Control de Salud. ELC**

La media de las puntuaciones en el HLC (Tabla 1.) presenta un valor intermedio (media=32; d.t.=9,05), quizás inclinándose más hacia un locus externo, ya que el rango de puntuación en este cuestionario va de 11 a 66 y las puntuaciones altas estarían relacionadas con locus interno mientras que las bajas lo estarían con locus interno.

#### **Cuestionario de Conducta de Enfermedad de Kellner. CCE**

En el CCE (Tabla 1.) la media encontrada (media=2,03; d.t.=1,99) está por debajo del punto de corte que indicaría un caso de conducta de enfermedad (puntuaciones iguales o superiores a 4). El porcentaje de casos encontrados en la muestra fue del 16,12%. Sin embargo, en la **Subescala de Conducta de Enfermedad** (media=8,97; d.t.=4,98) el porcentaje de casos fue superior, el 38,7%.

#### **Análisis correlacional**

Las correlaciones más altas del IBS-QOL se encuentran fundamentalmente con algunos de los cues-

tionarios. De tal forma que las puntuaciones en calidad de vida parecen estar relacionadas principalmente con: el estado emocional, sobre todo con la depresión medida a través del HAD (-0,001); los problemas que el SII pueda causar en la vida diaria, medido a través de la segunda parte del PSN (-0,001); la conducta de enfermedad, medida a través del cuestionario de Kellner (-0,001) y la percepción del estado de salud (correlaciones con el PSN (-0,001)). Los síntomas digestivos con los que más correlaciona son los que tienen que ver con las deposiciones (especialmente con las molestias en relación a la deposición dura (-0,001) y la hinchazón (-0,009). Por otro lado, este cuestionario no correlaciona con síntomas extradigestivos. Las correlaciones de este cuestionario son negativas debido a que puntúa de forma inversa al resto de las pruebas.

Con respecto a las **subescalas del IB-QOL**, la mayoría correlaciona fundamentalmente con los mismos cuestionarios que la escala total, aunque existen algunas excepciones. Así, la escala de **Imagen corporal** muestra entre sus correlaciones más altas síntomas como la evacuación incompleta (-0,001) y las molestias en relación a la deposición dura (-0,001). También, la escala de **Preocupación por la salud** correlaciona especial-

mente con el hinchazón (-0,001) y el dolor abdominal (-0,001), algo significativo en el caso de este último síntoma ya que no correlaciona con ninguna de las otras escalas ni con la escala total. En el caso de la escala de **Evitación de alimentos** sólo correlaciona de manera significativa con síntomas digestivos. Por otro lado, ninguna de las escalas correlaciona con sintomatología extradigestiva, sólo la escala de **Vida sexual** correlaciona con la fatiga (-0,031).

El PSN, al igual que el IBS-QOL, presenta las correlaciones más altas con algunos de los cuestionarios, pero a diferencia de éste, entre sus correlaciones más altas también se encuentran síntomas extradigestivos: apatía (0,001), fatiga (0,047). Así las puntuaciones en este cuestionario parecen estar relacionadas fundamentalmente con: el estado emocional medido a través del HAD (0,001) y especialmente con las puntuaciones en depresión (0,001); la apatía (0,001) y la calidad de vida medida a través del IBS-QOL (-0,001). Las **escalas de la primera parte** mantienen prácticamente las mismas correlaciones que la escala total. En el caso de la **segunda parte del PSN**, las puntuaciones parecen estar relacionadas con: el estado emocional (escala de depresión (0,001) y total del HAD (0,001)), la calidad de vida medida a través del

IBS-QOL (-0,001); la conducta de enfermedad medida a través de la subescala (0,001); un síntoma extradigestivo (la apatía (0,032)), la sensación de evacuación incompleta (0,001) y el estado general en la última semana (0,001).

Las puntuaciones del ~IAD correlacionan principalmente con la percepción de la salud medida a través del PSN (0,001), la evolución del SII ((-0,001), una evolución continua está relacionada con puntuaciones más altas en este cuestionario) y la calidad de vida medida a través del IBS QOL (-0,001). Existen otras correlaciones significativas entre las que podrían destacar las encontradas con los dos cuestionarios de conducta de enfermedad (0,007 con el cuestionario de Kellner y 0,029 con la subescala), síntomas digestivos referidos fundamentalmente a la deposición (por ejemplo, se encuentra una significatividad del 0,006 con molestias en relación a la deposición dura) y a síntomas extradigestivos como la apatía (0,006).

Las correlaciones de las dos **Escalas del HAD**, la de **Ansiedad** y la de **Depresión**, son prácticamente las mismas que las de la escala total, aunque la escala de depresión es la que muestra las correlaciones más altas con el resto de los cuestionarios y es la única de las tres que correlaciona con el cuestionario de apoyo social (-0,022).

En lo que se refiere al **Cuestionario de Apoyo Social (Duke-UNC)**, **apenas correlaciona** con síntomas pero curiosamente las correlaciones más significativas las muestra con un síntoma digestivo la deposición líquida en la última semana (-0,001), y con un síntoma extradigestivo, el insomnio (0,010). Correlaciona también con muy pocos cuestionarios, destacan especialmente las correlaciones con la escala de Preocupación por la salud del IBS-QOL (0,013) y la escala de depresión del HAD (-0,022).

El **Cuestionario de Conducta de Enfermedad de Kellner correlaciona** principalmente con el IBS-QOL (-0,001) y todas sus escalas, especialmente con la de Emoción (-0,001). También se encuentra entre sus correlaciones más altas la escala de Depresión del HAD (0,001). Un dato curioso es la correlación significativa y positiva que se encuentra con la variable sexo (0,006), indicando que los hombres del estudio muestran puntuaciones más altas en conducta de enfermedad. Por otro lado, sólo correlaciona significativamente con un síntoma digestivo, la deposición líquida (0,032), y con un síntoma extradigestivo, los cambios de humor (0,042). Es significativa la correlación que se encuentra con el estado general en la última semana (0,013). La **subescala de conducta**

**de enfermedad** muestra sus correlaciones más altas con las puntuaciones del PSN (0,003), especialmente con su escala de dolor (0,001). Es de destacar también la correlación que se encuentra con el número de consultas al gastroenterólogo (0,001). El resto de correlaciones significativas se encuentran con el HAD (0,029), sobre todo con su Escala de Depresión (0,008), y con IBS-QOL (-0,022) y algunas de sus escalas. Correlaciona también con un síntoma extradigestivo, dolores musculares (0,015) y la evolución del SII (-0,049) (una evolución continua está relacionada con puntuaciones más altas en conducta de enfermedad).

En cuanto al **Cuestionario de Locus de Control de Salud (HLC)** las únicas correlaciones significativas encontradas son con la edad (-0,000), la situación laboral (-0,004), el estado general en los últimos tres meses (-0,042) y el dolor abdominal en los últimos seis meses (-0,029). De tal forma que un locus intemo parecería estar relacionado con menor edad, un mejor estado general y menor frecuencia de dolor abdominal.

La **percepción del estado general en la última semana** correlaciona principalmente con la percepción de este en los últimos tres meses (0,001), el estado emocional (escala de Emoción del IBS-QOL (0,001) y escala de depresión

(0,008) y total del HAD (0,021)), síntomas relacionados con el estreñimiento (molestias en relación a la deposición dura (0,001) e hinchazón (0,004)), los problemas o limitaciones en la vida diaria (segunda parte del PSN (0,001) y escala total del IBS QOL (0,007)) y la conducta de enfermedad (cuestionario de Kellnel -0,013)). Presenta también una correlación significativa, aunque en menor medida, con un síntoma extradigestivo, la fatiga (0,010).

La **percepción del estado general en los últimos tres meses** muestra su correlación más alta con la fatiga (0,001). Correlaciona también significativamente con la frecuencia de los síntomas digestivos (0,006) y el número de síntomas extradigestivos (0,046).

La **valoración de la incapacidad** correlaciona especialmente con el cuestionario IBS-QOL (0,001), tanto con su escala total como con la mayor parte de sus escalas. Por tanto, se podría decir que una valoración más incapacitante está relacionada con una peor calidad de vida. También es de destacar la elevada correlación que se encuentra con la variable información (0,002), ésta indicaría que el conocer información sobre el SII está relacionado con una valoración más incapacitante de la enfermedad. Otra correlación importante es la encontrada con la sintomato-



logía dolor-estreñimiento (0,017), correlación positiva que indicaría que la presencia de esta sintomatología está relacionada con una valoración más incapacitante del SII. Alternativamente, se observa una correlación negativa con la ansiedad (-0,037), de tal forma que la presencia de este síntoma estaría relacionada con una valoración menos incapacitante del SII.

La **valoración de la gravedad** sólo correlaciona significativamente con tres variables: la escala de Preocupación por la salud del IBS-QOL (-0,008), el dolor como síntoma predominante (0,019) y la situación laboral (0,023).

De las correlaciones encontradas con la variable **consultas al gastroenterólogo** se podría concluir que el número de consultas está relacionado con variables como la interferencia con las actividades diarias medida a través del IBS-QOL A (-0,020), el estado emocional medido a través del IBS-QOL E (-0,042), el dolor medido a través del PSN P (0,013) y la presencia predominante tanto de síntomas digestivos como extradigestivos (-0,030).

En relación a las **consultas al médico de familia**, las correlaciones más elevadas se encuentran con un síntoma extradigestivo, los cambios de humor (0,017), y con un síntoma digestivo, la deposición semanal (-0,019).

En cuanto a la **antigüedad del diagnóstico**, las correlaciones que se pueden destacar son las encontradas con la variable «información sobre el SII» (0,041) y el cuestionario de apoyo social (-0,044). De estas correlaciones se deduciría que el conocimiento de información sobre el trastorno está relacionado con una mayor antigüedad del diagnóstico, al igual que un mayor apoyo social percibido está relacionado con un mayor antigüedad.

Las únicas correlaciones destacables de las encontradas con la variable **desencadenantes** es la encontrada con la pregunta sobre el Estado de Salud (-0,013) y la Apatía (0,035). La primera de estas correlaciones es negativa e indicaría que el reconocimiento de desencadenantes por parte del sujeto está relacionado con una percepción más positiva del estado de salud. La segunda es positiva e indicaría una relación entre los desencadenantes y la presencia de apatía. **Análisis de varianza**

Se realizó un análisis de varianza para comprobar si existían diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a las puntuaciones de todos los cuestionarios. Únicamente resultó significativa la diferencia entre hombres y mujeres con respecto al cuestionario de conducta de enfermedad de Kellner, obteniendo los hombres pun-

tuaciones más altas que las mujeres (Tabla 1).

### **Análisis de Kruskal Wallis**

Se utilizó la prueba de Kruskal Wallis para determinar si existían diferencias en las variables de estudio entre los sujetos en función de las siguientes condiciones: la apreciación de su estado general (en la última semana y los últimos tres meses), la apreciación de la incapacidad producida por el S-I, la valoración de la gravedad del trastorno, el número de consultas al médico de familia y el número de consultas al gastroenterólogo. Los análisis que resultaron significativos fueron los siguientes:

\* *Análisis entre el estado general en los últimos seis meses y las puntuaciones del Duke UNC:* Al comparar las puntuaciones de los sujetos en el Duke-UNC en función de la percepción de su estado general en los últimos seis meses se encontraron algunas diferencias significativas (0,051). Para determinar entre qué grupos se encontraban las diferencias se utilizó la prueba de Games Howell. Así los sujetos que percibían su estado como «Bueno» mostraban un mejor apoyo social percibido que los que lo percibían como «Regular» (0,001) o «Malo» (0,027). No se encontraron diferencias, sin embargo, entre los sujetos que los percibían como

«Regular» y los que los percibían como «Malo».

\* *Análisis entre la valoración de la incapacidad y las puntuaciones del IBS-QOL:* en este análisis se encontró que existían diferencias significativas en las puntuaciones del IBS-QOL en función de cómo valoraban los sujetos la incapacidad producida por el SII (0,005). En este caso la prueba de Games Howell para comparaciones múltiples no fue significativa pero sí la prueba de Scheffé. Así, los sujetos que valoraban el SII como incapacitante obtuvieron peores puntuaciones en el IBS-QOL que los que lo consideraban «molesto» (0,006) o «sin importancia» (0,001). No se observó ninguna otra diferencia entre los grupos.

\* *Análisis entre las consultas al médico de familia y las puntuaciones en conducta de enfermedad:* con el análisis de Kruskal Wallis se encontraron diferencias significativas (0,019) en las puntuaciones del cuestionario de Kellner en función del número de visitas al médico de familia. A continuación se realizaron comparaciones múltiples para determinar entre qué grupos estaban las diferencias. Con la prueba de Scheffé se observó una diferencia significativa entre los sujetos que habían consultado menos de una vez al año y los que consultaban más de dos veces al año (0,033), de tal forma que los

sujetos que consultan más de dos veces al año presentan puntuaciones más altas en conducta de enfermedad que los que consultan menos de una vez al año. **Regresión logística**

Se llevó a cabo una regresión logística con el fin de conocer la capacidad predictiva de las variables indagadas a través de los cuestionarios psicológicos empleados en este estudio y la evolución continua o alternante de los síntomas. Se observó que el estado emocional medido a través del HAD, permitía clasificar correctamente el 80,65% de los casos.

## DISCUSION

El SII es un trastorno crónico y recidivante que afecta a todos los ámbitos cotidianos y que ocasiona importantes gastos sociosanitarios y malestar emocional entre las personas que lo padecen. La evaluación del impacto del SII en la calidad de vida y, en particular, el reconocimiento de los predictores del estado general subjetivo y la calidad de vida informada de los pacientes tendrían una clara repercusión en el abordaje de este trastorno. Con este objetivo, en este estudio se indagó en una muestra de enfermos de SII, a través de medidas de autoinforme e instrumentos estandarizados aplicados al paciente y al gastroenterólogo, la incidencia y la asociación entre las

manifestaciones clínicas características, la capacidad funcional, el estado emocional, el apoyo social, las conductas de enfermedad, el estado de salud, las limitaciones y la calidad de vida.

El objetivo de estudio exigirá sin ningún tipo de duda, una muestra amplia y representativa, no sólo en las variables demográficas sino en las peculiaridades clínicas y comportamentales definitorias de este trastorno. En este trabajo esta condición no pudo satisfacerse. El tamaño de la muestra es reducido y ello compromete la extensión de los resultados. Sin embargo, sí es cierto que los sujetos que componen el estudio presentan unas peculiaridades bien definidas que permiten defender que los resultados aquí obtenidos pueden ser representativos, al menos, de este tipo de pacientes. Nos referimos a pacientes que presentan una sintomatología crónica, predominantemente mixta (dolor y alteración del hábito intestinal) y con una intensidad leve, que valoran su trastorno como no incapacitante y juzgan su estado actual de salud entre regular y bueno, que han sido diagnosticados recientemente (entre uno y cinco años), aunque la antigüedad de sus síntomas es mayor y que, aunque no responden al tratamiento médico, tampoco solicitan consultas con frecuencia. Así, los resultados obtenidos que, en general y

en contra de lo que la literatura informa, dan cuenta de una buena calidad de vida en la muestra estudiada se explican y podrían extenderse para estos individuos. Sujetos que, si bien son los más frecuentes dentro de la población con SII, no son representativos de aquellos que más consultan y más conductas de enfermedad y trastornos emocionales exhiben. Cabría apuntar aquí que los componentes de la muestra de estudio no fueron asignados totalmente al azar ya que dos de los gastroenterólogos que participaron en el trabajo reconocieron haber excluido, deliberadamente, a los pacientes no colaboradores. Esta circunstancia, limitó el tamaño y la representatividad de la muestra pero, en ningún caso, resta valor a los resultados obtenidos.

La calidad de vida informada por la muestra del estudio es buena en relación a la población general, tal y como indican los resultados del PSN, y mejor que la referida por la muestra de pacientes con SII empleada en la validación del IBS-QOL. Los resultados obtenidos en todas las subescalas de ambos instrumentos son congruentes y, atendiendo a los valores promedios, la muestra se caracterizaría por una ausencia de limitaciones, ajuste emocional, adecuada adaptación social y buena percepción del estado de salud. La evaluación del

estado emocional mediante el HAD, indicaría ausencia de alteraciones tomada la muestra en conjunto, y, considerando particularmente los casos, se encuentra un 6,25% de casos de depresión y un porcentaje mayor (22,5%) de ansiedad. En cuanto al apoyo social percibido, es elevado y superior al de la muestra de estandarización del Duke-UNC. La presencia de conductas de enfermedad en la muestra es escasa, y sólo parecen referirse en menos de la tercera parte de los pacientes. El mismo porcentaje de sujetos de la muestra dice reconocer desencadenantes de la sintomatología.

Se diría que el SII con las manifestaciones clínicas con las que se presenta para el conjunto de la muestra de estudio no disminuye su calidad de vida de estos pacientes. Ahora bien, por lo que respecta a las características sintomáticas y comportamentales de la muestra no son evidentemente las mismas en todos los casos. Se observan diferencias entre los sujetos en la ocurrencia de síntomas digestivos y extradigestivos y, de manera particular aunque en ninguna variable afecta a más de la tercera parte de la muestra, en la presencia de alteraciones emocionales, conductas de enfermedad y percepción de la gravedad y la incapacidad referida por los pacientes. Así, el análisis de la correlaciones entre las variables

parece indicar como estas últimas condiciones se relacionan con una calidad de vida peor. La depresión (HAD-D), las conductas de enfermedad (Kellner), la percepción del estado de salud (PSN) correlacionan siempre con peor calidad de vida medida a través del PSN y del IBS-QOL. Por lo que respecta a la sintomatología, aquellas molestias relacionadas con el estreñimiento (deposición dura, hinchazón, evacuación incompleta) correlacionan siempre con peor calidad de vida (medida a través del PSN y del IBS-QOL y en sus respectivas subescalas). En relación a los dos instrumentos de medida de la calidad de vida cabe destacar tres aspectos. Uno, los datos reportados por ambos correlacionan significativamente entre ellos y entre todas sus subescalas. Dos, coinciden las variables con las que ambos 19 correlacionan significativamente: estado emocional (HAD), conducta de enfermedad (Kellner) y estado general en la última semana. Tres, la especificidad del IBS-QOL para evaluar la calidad de vida de los pacientes con SII viene indicada por las correlaciones significativas que muestran los resultados en este instrumentos con los datos de la sintomatología de los pacientes. A diferencia del PSN que sólo muestra correlaciones de interés con la sintomatología extradigestiva y la evacuación incompleta. Las mayores correlaciones del IBS-QOL

con los síntomas se encuentran entre las subescalas Imagen corporal, Preocupación por la salud y Evitación de alimentos con la evacuación incompleta, deposición dura y dolor.

Por lo que respecta al estado emocional medido a través del HAD, los datos obtenidos parecerían relacionarse directamente con la calidad de vida (IBS-QOL, PSN), la percepción de la salud y la evolución del SII. Así, una evolución continua estaría relacionada con mayor desajuste. Por otra parte, parece interesante señalar que entre la depresión (HAD-D) y el Apoyo social (Duke-UNC) se observaría una relación inversa. Alternativamente, el apoyo social percibido (Duke-UNC) ha mostrado ser una variable significativa en relación a la valoración estado general en los últimos tres meses. Los sujetos que percibían su estado como bueno apreciaban un mejor apoyo que quienes consideraban su estado regular o malo. En cuanto a las conductas de enfermedad (Escala y Subescala de Kellner), los datos se relacionan inversamente con la calidad de vida (IBS-QOL) y directamente con depresión (HAD-D), con la escala de dolor del PSN y con el número de consultas al gastroenterólogo. En concreto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en la escala de Kellner y el número de

visitas al médico. Con la variable desencadenantes, las correlaciones encontradas con el estado de salud indicarían que identificar desencadenantes de los síntomas implicaría una percepción más positiva del estado de salud. En este mismo sentido, cuando concurre ansiedad se refiere una valoración menos incapacitante del SII. Mientras que la valoración de la incapacidad se asociaría a una peor calidad de vida medida con el IBS-QOL. Los pacientes que consideraban incapacitante el SII obtuvieron significativamente peores puntuaciones que quienes lo consideraban molesto o sin importancia. En relación a las correlaciones mostradas entre las variables analizadas en el estudio y percepción del sujeto de su estado general a lo largo de la última semana, parece poder sostenerse que son las variables emocionales (HAD), en particular, la depresión (HAD-D), las limitaciones en la vida cotidiana (PNS, IBS-QOL), las conductas de enfermedad (Kellner) y las molestias en relación a la deposición dura, hinchazón y fatiga, las que concurren con valoraciones más negativas.

Los resultados obtenidos, aún sin olvidar (y también a pesar de) el reducido tamaño de la muestra y sus propias características clínicas, parecen indicar que son, precisamente, las peculiaridades comportamentales antes que la sintomato-

logía digestiva las condiciones más potentes para explicar la calidad de vida de los pacientes. Así, en la muestra de estudio, el estado emocional (HAD) permite clasificar correctamente el 80,65% de los casos en relación a la evolución continua o alternante de los síntomas. Un estado depresivo (HAD-D), manifestaciones de enfermedad (Kellner), apreciación de limitaciones cotidianas (IBS-QOL, PSN), molestias en relación a la deposición dura, hinchazón y fatiga son los parámetros que mayor y más significativa relación muestran con una peor valoración de la calidad de vida. Estos resultados, si bien no se consideran en modo alguno concluyentes, sí parecen relevantes en tanto que coinciden con estudios de caracterización y tratamiento del SII. En concreto, las variables psicológicas aquí señaladas se refieren ya en la literatura sobre los tratamientos psicológicos del SII (Fernández, Pérez, Arnigo y Linares, 1998) como predictoras de mal pronóstico clínico y, alternativamente, el reconocimiento de desencadenantes y ansiedad, que en este trabajo se relacionan con una valoración menos incapacitante del SII y más positiva del estado de salud, se asocian a beneficio terapéutico sobre todo si el paciente no presenta conductas de enfermedad. Por todo, estas condiciones aunque han de analizarse con muestras más amplias y valorar su

estabilidad en el tiempo, se sostiene que deben de ser contempladas y atendidas desde la primera evaluación del paciente con SII. Por lo que respecta a los instrumentos de evaluación, la utilidad de una escala específica como el IBS-QOL parece segura, aunque se requieren estudios más amplios. Las correlaciones entre los datos que ésta

reporta y los de otras escalas estandarizadas de calidad de vida (PSN) y estado emocional (HAD) apoyan su validez, pero lo que parecería hacerla particularmente adecuada es el análisis de las manifestaciones sintomáticas y las relaciones que aquí hemos encontrado entre los síntomas y las distintas áreas de la calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Alonso, J., Antó, J.M. y Moreno, C. (1990) Spanish version of the Nottingham Health Profile. *American Journal Public Health*, 80, 6, 704-708.
- Benett, E.J., Piesse, C., Palmer, K., Badcock, C.A., Tennant, C.C. y Kellow, J.E. (1998). Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. *Gut*, 42, 414-420.
- Blanchard, E.B., Scharff, L., Schwarz, S.P., Suls, J.M. y Barlow, D.H. (1990). The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 401-405.
- Blanchard EB, Schwarz SP, Suls JM, Gerardi MA, Scharff L, Greene B, Taylor AE, Berreman CH y Malamood H. (1992). Two controlled evaluations of multicomponent psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Res. Therapy* 30, 2, 175-189.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H. y De Gruy, F.W. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in Family Medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709.
- 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.H. y Guthrie, E.A. (1987). Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut*, 28, 1307-1318.
- Dancey, C.P. y Backhouse, S. (1993). Towards a better understanding of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1443-1450.
- Danquechim, D.E., Delvaux, M., Allemand, H., Allouche, S., Van Egroo, L.D. y Lepen, C. (1994). Profile and evolution of irritable bowel syndrome. Prospective national epidemiological study of 1301 patients followed up for 9 months in Gastroenterology. Groupe d'Etude Nationale sur le Syndrome de l'Intestin Irritable. *Gastroenterology Clinique Biologie*, 18, 145-50.
- Drossman, D.A., Li, Z., Andruzzi, E., Temple, R.D., Talley, N.J., Thompson, W.G., Whitehead, W.E., Funch-Jensen, P., Corazzari, E., Richter, J.E. y Koch, G.G. (1993). U.S. household survey of functional gastrointestinal

- disorders: prevalence, sociodemography and health impact. *Digestive Diseases and Sciences*, 38, 1569-1580.
- Drossman, D.A., Li, Z., Leserman, J., Toomey, T.C. y Hu, Y.J.B. (1996). Health Status by Gastrointestinal Diagnosis and Abuse History. *Gastroenterology*, 110, 999-1007.
- Drossman, D.A., Thompson, W.G., Talley, N.J., Funch-Jensen, P. y Whitehead, W.E. (1990). Identification of subgroups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 3, 159-172.
- Dulmen van, A.M., Fennis, J.F.M., Mokkink, H.G.A., Velden van der, H.G.M. y Bleijenberg, G. (1995). Doctor-dependent changes in complaint-related cognitions and anxiety during medical consultations in functional abdominal complaints. *Psychological Medicine*, 25, 1011-1018.
- Fernández Rodríguez, C., Linares Rodríguez, A. y Pérez Alvarez, M. (1992). Tratamiento psicológico del S.I.I.: parámetros conductuales de mejoría clínica. *Cuadernos de medicina Psicosomática*, 2 1: 24-34.
- Fernández Rodríguez, C., Pérez Alvarez, M., Amigo Vazquez, I. y Linares Rodríguez, M. (1988). Stress Management and Contingencies Management in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Stress Medicine*, 14, 31-42.
- Gick, M.L. y Thompson, W.G. (1997). Negative effect and the seeking of medical care in university students with irritable bowel syndrome: A preliminary Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 535-540.
- Glia, A. y Lindberg, G. (1997). Quality of life in patients with different types of functional constipation. *Scandinavian Journal Gastroenterology*, 32, 1083-9.
- Gonzalez Rato, M.; Fernández Rodríguez, C. y García Vega, E. (1998). Predictores Clínicos en el Síndrome del Intestino Irritable. *Revista de Psicología de la Salud*, 10, 1, 115-137.
- Hahn, B.A., Yan, S. y Strassels, S. (1999). Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion*, 60, 77-81.
- Hunt, S.M., McEwen, J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Social Health Illness*, 2, 23 1-246.
- Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 4-14.
- Naliboff, B.D., Balice, G. y Mayer, E.A. (1998). Psychosocial moderators of quality of life in irritable bowel syndrome. *European Journal Surgery Supplement*, 583, 57-59.
- Patrick, D.L., Drossman, D.A., Frederick, I.O., Dicesare, J. y Puder, K.L. (1998). Quality of Life in Persons with Irritable Bowel Syndrome. Development and Validation of a New Measure. *Digestive Disease and Sciences*, 43, 400-411.
- Revilla de la, L., Bailón, E., Dios de, L., Delgado, A., Prados, M.A. y Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-691.
- Schwarz, S.P., Blanchard, E.B., Berreman, Ch.F., Scharff, L., Taylor, A.E., Greene, B.R., Suls, J.M. y Malamood, H.S. (1993). Psychological aspects of irritable bowel syndrome: comparisons with inflammatory bowel disease and nonpatient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 297-304.
- Schwarz, S.P., Taylor, A.E., Scharff, L. y Blanchard, E.B. (1991). A four-year follow-up of behaviourally treated irritable bowel syndrome patients. *Behavior Research Therapy*, 28, 331 338.
- Talley, N.J., Weaver, A.L. y Zinsmeister, A.R. (1995). Impact of Functional Dyspepsia on Quality of Life. *Digestive Diseases and Sciences*, 40, 584-589.



Walker, E.A., Gelfand, A.N., Gelfand, M.D. y Katon, W.J. (1995). Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Psychological Medicine*, 25, 1259-1267.

Whitehead, W.E., Bosmajian, L., Zonderman, A.B., Costa, P.T y Schuster, M.M. (1988). Symptoms of Psychologic Distress Associated With Irritable Bowel Syndrome. Comparison of Community and Medical Clinic Samples. *Gastroenterology*, 95, 709-714.

Whitehead, W.E., Winget, C., Fedoravicius, A.L.S., Wooley, S. y Blackwell, B. (1982). Learned mness Behavior m Patients with Irritable Bowel Syndrome and Peptic Ulcer. *Digestive Diseases and Sciences*, 27, 202-208.

Wiklund, I.K. y Glise, H. (1998). Quality of life in different gastrointestinal conditions. *European Journal Surgery Supplement*, 582, 56-61.

Zimong, A.S., Snaith R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavian*, 67, 361-370.