

RELACIÓN ENTRE ASPECTOS PSICOSOCIALES COTIDIANOS Y SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

J. Moreno-Romo (*)
C. Botella (*)
M. Bixquert (**)

(*) Universitat Jaume I de Castelló
(**) Universidad de Valencia

RESUMEN

El presente estudio analiza la posible relación existente entre los aspectos psicosociales cotidianos y la sintomatología, en cincuenta pacientes diagnosticados de síndrome del intestino irritable (SII). Todos ellos llevaron a cabo la tarea de registrar diariamente, tanto su sintomatología orgánica, como ciertos aspectos psicológicos de la vida de relación. Los análisis estadísticos mostraron un importante grado de asociación entre algunas de las variables psicológicas y ambientales contempladas en los registros y los síntomas físicos. Estos resultados nos sugieren la importancia de tomar en cuenta, respecto a tratamiento, la posible influencia de los problemas cotidianos en la sintomatología orgánica de los pacientes afectos de SII.

Palabras clave: SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII), ASPECTOS PSICOSOCIALES COTIDIANOS, SINTOMATOLOGÍA ORGÁNICA.

SUMMARY

The present study analyzes the possible relationship between daily psychosocial aspects and the symptomatology in fifty patients diagnosed with irritable bowel syndrome (IBS). All patients had to fill daily life interactions. The statistical analysis showed an important degree of correlation between certain psychological and environmental variables collected in the daily reports and the patients' physical complaints. These results suggest the importance towards treatment of the possible influence of the daily problems on the organic symptomatology of the patients with IBS.

Key words: IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS), DAILY PSYCHOSOCIAL ASPECTS, ORGANIC SYMPTOMATOLOGY.

1. INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades de aparato digestivo, es el síndrome del intestino irritable (SII) al que se viene prestando mayor atención desde la psicología de la salud en los últimos años. Ello es debido: a) por un lado, a que se trata de una enfermedad de etiología desconocida, en la cual parece existir, cada vez más, consenso en cuanto a la influencia de factores psicológicos; y b) por otro, representa un problema acuciante en tanto que genera el mayor número de consultas en los servicios de esta especialidad.

De las definiciones que aparecen en la literatura médica sobre el tema, escogemos la de Schuster, (1989) por su expresa mención a la influencia de los factores psicológicos en la sintomatología: "El Síndrome del Intestino Irritable es una alteración intestinal crónica caracterizada por la presencia de dolor abdominal y/o alteraciones en el hábito intestinal (estreñimiento o diarrea), que aparecen en ausencia de anomalías orgánicas gastrointestinales identificables; donde la tensión emocional tiene una influencia muy marcada sobre los síntomas que, a su vez, siguen un curso evolutivo muy variable con periodos de remisión y exacerbación".

La sintomatología del SII suele aparecer en personas jóvenes (antes de los 35 años), cifrándose el comienzo en torno a los 20

años. La incidencia es mayor en las mujeres en una proporción de 2:1 con relación a los hombres (Schuster, 1989). Es extremadamente frecuente y constituye el principal motivo de consulta en las clínicas de gastroenterología, representando el 22-50% de todas las consultas realizadas a los gastroenterólogos (Harvey, Salih y Read, 1983; Switz, 1976). Por otra parte, constituye una de las principales causas de absentismo laboral (Almy, Mendeloff, Rice, Lillienfeld, Klarman, Rawson y Cunnick, 1975).

El diagnóstico del SII es, en muchas ocasiones, enormemente problemático. El SII comparte su sintomatología con múltiples enfermedades orgánicas y, dada la ausencia de marcadores específicos que permitan un diagnóstico positivo, su confirmación dependerá de la exclusión de estas enfermedades, para lo cual se habrá de realizar una gran cantidad de exploraciones complementarias. En la actualidad, la única alternativa posible para conseguir un diagnóstico positivo del SII es la utilización del poder discriminativo de los síntomas que lo definen (Moreno-osset, Minguez, Mora, Tomás-Ridocci y Benages, 1989).

Los síntomas principales del SII son el dolor abdominal y las alteraciones en el hábito intestinal. Estos síntomas presentan un curso evolutivo, marcado por periodos 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).

El dolor se presenta en la mitad inferior del abdomen (con mayor frecuencia en la fosa ilíaca izquierda). También puede presentarse en todas las regiones abdominales e incluso extraabdominales como la espalda (Dawson, 1985). Suele aparecer o agravarse tras la comida y mejora al ventosear o defecar, aunque a veces es constante (Snape, 1983; Whitehead y Schuster, 1985). El dolor puede aparecer de forma aislada, pero frecuentemente, se asocia a cambios en el hábito intestinal. La intensidad es variable, pudiendo llegar a ser severo. Con el fin de diferenciar el dolor que aparece en el SII del que aparece en enfermedades orgánicas digestivas, Manning, Thompson, Heaton y Morris (1978), definieron unas características: 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* siguen 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. Además, pueden coexistir otras molestias gastrointestinales como la distensión abdominal, los síntomas dispépticos (síntomas referidos al tracto gastrointestinal superior) como dolor y/o las molestias abdominales, la sensación de plenitud postprandial, saciedad temprana, 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. Asimismo, los meteorismos, el mal sabor de boca/mal aliento, la disfagia y la sensación de globo son frecuentes en estos enfermos.

Estos pacientes también suelen referir otros síntomas somáticos no digestivos de etiología desconocida, entre los más comunes se encuentra la astenia, cefaleas, insomnio, mareos, aumento de la frecuencia urinaria, tenesmo vesical, dismenorrea y dispareunia (Drossman, Sandler, MacKee y Lovitz, 1982; Schuster, 1989).

La etiología del SII sigue siendo desconocida, pese a los esfuerzos llevados a cabo desde el ámbito de la medicina por encontrar un patrón de motilidad característico en estos pacientes, y desde la psicología por hallar un perfil psicológico para estos enfermos.

Sin embargo, las alteraciones psicológicas en estos pacientes son tan elevadas, que en la literatura sobre el tema se le ha llegado a considerar como un trastorno psicofisiológico. Las dos corrientes de opinión al respecto son, por una parte, aquellas que mantienen que los trastornos son secundarios a la existencia de una enfermedad crónica (Cohen y Snape, 1983; Sullivan, Cohen y Snape, 1978), donde el problema es biológico (alteraciones motoras colónicas), y por otro lado, los que opinan que el trastorno primario es psicológico, pero el paciente centra sus quejas más en el intestino que en los síntomas psíquicos (Hislop, 1971; Latimer, 1983).

Atendiendo al punto de vista psicológico, y puesto que estos pacientes no muestran alteraciones psicológicas específicas, se presume que estos factores pueden ocasionar la sintomatología a través de cuatro mecanismos fundamentalmente:

1. El mayor número de vivencias estresantes que presentan estos pacientes respecto de otros sujetos con otra patología digestiva o que los sujetos normales, donde en más del 50% el inicio de los síntomas o su exacerbación sigue a alguna de estas situaciones estresantes (Chaudhary y Truelove, 1962; Corney y Stanton, 1990; Creed, Craig y Farmer, 1988; Dinan, O'Keane, O'Boyle, Chua y Keeling, 1991; Fowlie, Eastwood y Ford, 1992; Waxman, 1988).
2. Un mayor grado de neuroticismo que los sujetos sanos, por lo que se baraja la hipótesis de que los síntomas podrían reflejar una amplificación neurótica de molestias frecuentes en la población general.
3. La elevada frecuencia de diagnósticos psiquiátricos (54-100%). Los diagnósticos más frecuentes son ansiedad, depresión o histeria (Creed, Craig y Farmer, 1988; Latimer, Sama, Campbell, Latimer, Waterfall, y Daniel, 1981; Ritcher, Obrecht, Bradley, Young y Anderson, 1986).
4. El mayor número de enfermedades médicas leves, de síntomas no digestivos, un ambiente familiar previo con elevada prevalencia de problemas gastrointestinales, y el mayor número de consultas por estos problemas que pacientes con otras enfermedades digestivas y que sujetos sanos, lleva a pensar que el SII se deba a una "conducta anormal de enfermedad", conducta que ha sido observada en algunas investigaciones (Fowlie et al., 1992; Smart, Mayberry y Atkinson, 1986; Switz, 1976).

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El presente trabajo constituye un intento por llevar a cabo un estudio minucioso y de larga duración en un grupo de pacientes con SII, con el propósito de indagar si los aspectos psicossociales que acontecen en el medio ambiente cotidiano del individuo, como el estado de ánimo o la relación laboral, ejercen alguna influencia en la sintomatología del intestino irritable.

En la literatura sobre el tema, parece haber consenso respecto al papel que desempeña el estrés en el mantenimiento y exacerbación

de la sintomatología de estos pacientes (Corney y Stanton, 1990; Fowlie et al., 1992; Waxman, 1988), pero este hecho no ha sido constatado por más de 4-6 semanas en ningún estudio, al menos que nosotros tengamos noticias.

Desde este planteamiento pretendemos someter a prueba la siguiente hipótesis de investigación: - Los aspectos psicosociales cotidianos, influyen en la sintomatología del intestino irritable.

3. SUJETOS, MÉTODOS, MATERIAL, PROCEDIMIENTO

3.1. Sujetos

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%).

De la totalidad de 55 pacientes que se reclutaron, hubieron cinco pérdidas. De las cuales, tres no acudieron a la segunda entrevista argumentando desinterés, y las dos restantes debido a cambios de residencia; quedando así la muestra con un N=50.

3.2. Métodos

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).

3.3. Material

Utilizamos un *autorregistro* diseñado al efecto para evaluar diariamente, por un lado, la presencia/ausencia e intensidad de los síntomas orgánicos de la patología, y por otro, aspectos psicológicos y de la vida de relación del paciente.

Los síntomas físicos contemplados y las alternativas de respuesta eran los siguientes: dolor abdominal (leve, moderado, fuerte); distensión abdominal (si-no); flatulencia (si-no); dispepsia (si-no); nº de deposiciones; aspecto de las heces (dura, normal, blanda, líquida) y la presencia de moco en heces (si-no).

Los aspectos psicológicos del registro fueron: valoración del estado de ánimo, nerviosismo, relación laboral, relación pareja, relación hijos/familiares, y relación amigos. Cada uno de los mencionados aspectos se contesta mediante una escala con cuatro alternativas de respuesta (mucho, algo, poco, nada).

Algunos de los síntomas descritos se transcribieron al lenguaje coloquial para hacerlos inteligibles a cualquier paciente, quedando de la siguiente forma: distensión abdominal = hinchazón de vientre; flatulencia = eructos, ventoso; dispepsia = malas digestiones.

3.4. Procedimiento

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 observar la evolución de la enfermedad durante un período de al menos 6 meses, lo que a su juicio, podría ser beneficioso para el estudio y la evolución del trastorno. Los sujetos que aceptaban tal indicación eran remitidos al psicólogo del equipo investigador, que los recibía en consultas externas del Servicio de Digestivo del Hospital Clínico de Valencia.

El número de entrevistas se estipuló en un total de siete. Cada entrevista tuvo una duración media de 60 minutos. El número de autorregistros fué de seis, cada uno con 30 días a registrar.

En la primera entrevista se entregaba el 1º Autorregistro, se entrenaba a los pacientes en su manejo y se explicaba al sujeto la finalidad del instrumento (ver la evolución durante 6 meses para detectar los períodos de alternancia del hábito intestinal, y la exacerbación o remisión de la sintomatología que acontecen en el SII). En las seis entrevistas posteriores se procedía a la recogida de los registros, se comentaban las incidencias acaecidas en el período temporal registrado (30 días), se aclaraban dudas respecto de la patología o cualquier otro tema relacionado con el estudio y se les motivaba para que continuasen con la tarea de registrar.

Después de cada entrevista se les citaba a los 30 días en la misma consulta. Asimismo, se establecía un contacto telefónico aproximadamente a las dos semanas después de cada entrevista, que mostraba interés por su evolución y les alentaba en la cumplimentación del registro. Esta forma de actuación se repitió entre cada entrevista hasta completar el estudio.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este punto, presentamos los resultados correspondientes a las relaciones encontradas entre los síntomas físicos de la patología de estudio, y los acontecimientos psicológicos y ambientales recogidos en los registros diarios por los pacientes. Nuestro objetivo con este análisis, radica en la suposición de que los mencionados acontecimientos están asociados con el agravamiento o mejoría de los síntomas orgánicos.

TABLA 1.- Relaciones entre los síntomas físicos y el estado de ánimo, nerviosismo, relación laboral, relación de pareja, relación hijos/familia y relación con amigos para los seis registros del grupo experimental (N=50)

VAR	Núm	SÍNTOMAS							
		FC	DV	H	ER	D	ND	AH	MH
EA	1°	.54***	.45***	.37**	.05	.28*	.08	.09	.03
EA	2°	.42***	.35**	.31*	.09	.45***	.05	.04	-.03
EA	3°	.41**	.36**	.30*	.10	.30*	.03	.03	-.06
EA	4°	.43***	.44***	.33**	-.02	.32*	.19	.19	-.10
EA	5°	.45***	.42***	.27*	-.05	.31*	.01	.04	-.10
EA	6°	.67***	.54***	.57***	.08	.48***	.19	.15	.09
NV	1°	.49***	.54***	.34**	.02	.36**	.01	-.05	-.00
NV	2°	.43***	.38**	.23*	-.03	.40**	.02	-.00	-.19
NV	3°	.37**	.41***	.37**	.11	.18	.12	.04	-.07
NV	4°	.34**	.40**	.38**	.04	.43***	.12	.04	-.03
NV	5°	.41***	.44***	.42***	-.03	.37**	.04	.09	-.14
NV	6°	.53***	.48***	.59***	.03	.48***	.14	.14	.04
T	1°	.26*	.06	.23*	.08	.26*	-.21	-.08	.04
T	2°	.27*	.16	.14	.06	.05	.01	.17	-.02
T	3°	.28*	.17	.15	-.01	.10	-.01	-.09	-.03
T	4°	.34**	.27*	.21	.01	.28*	.09	.08	.04
T	5°	.25*	.27*	.23*	.06	.43***	-.04	.04	.04
T	6°	.57***	.57***	.48***	.00	.57***	.12	.20	.31*
P	1°	.30*	.31*	.22	-.16	.02	-.11	.04	-.03
P	2°	.35*	.11	.02	-.27*	.03	-.35*	-.19	-.44***
P	3°	.24*	.29*	.29*	-.15	.20	-.26*	-.16	-.37**
P	4°	.35*	.18	.22	-.17	.21	-.19	-.01	-.22
P	5°	.20	.19	.21	-.14	.33*	-.41*	-.22	-.27*
P	6°	.48***	.49***	.34**	-.18	.43**	-.26*	-.02	-.39**
H/F	1°	.16	.32*	.33*	.19	.12	-.15	-.07	.04
H/F	2°	.18	.03	.11	-.09	-.00	-.27*	-.08	-.28*
H/F	3°	.14	.15	.15	-.18	.04	-.11	-.00	-.37**
H/F	4°	.26*	.20	.22	-.11	.19	-.17	-.04	-.17
H/F	5°	.26*	.17	.20	-.14	.19	-.29*	-.05	-.40**
H/F	6°	.37**	.29*	.39**	-.05	.32*	-.24*	.04	-.21

(Continuación tabla 1)

SÍNTOMAS									
VAR	Núm	FC	DV	H	ER	D	ND	AH	MH
AM	1°	-.03	-.05	.11	.01	.24*	-.02	.07	-.06
AM	2°	.25*	.04	.05	-.20	-.02	-.17	-.03	-.13
AM	3°	.18	.07	.06	-.10	.15	-.08	.04	-.19
AM	4°	.25*	.14	.21	.01	.11	-.16	.10	-.04
AM	5°	.19	.11	.10	-.05	.16	-.10	-.02	.02
AM	6°	.34**	.22	.37**	-.04	.25*	-.04	.10	-.02

NOTA: FC = frecuencia días dolor. DV = intensidad dolor. H = distensión abdominal. ER = flatulencia. D = malas digestiones. ND = nº deposiciones. AH = aspecto heces. MH = moco en heces. EA = ánimo depresivo. NV = nerviosismo. T = mala relación laboral. P = mala relación pareja. HF = mala relación hijos/familia. AM = mala relación amigos.
* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

Los resultados correlacionales que a continuación pasamos a comentar se muestran en la tabla 1.

El estado de ánimo depresivo (EA) y el nerviosismo (NV) correlacionan de forma positiva, alcanzando además, elevados niveles de significación estadística con la frecuencia (FC) y la intensidad del dolor (DV), la distensión abdominal (H) y la mala digestión (D).

La mala relación laboral (T) se asocia positivamente con la frecuencia (FC) y la intensidad del dolor (DV), la distensión abdominal (H) y la mala digestión (D), alcanzando niveles de significación estadística en la mayoría de los registros.

Los conflictos con la pareja (P) correlacionan de forma positiva y alcanzan significación estadística en algunos registros con la frecuencia (FC) y la intensidad del dolor (DV), la distensión abdominal (H) y la mala digestión (D). Por el contrario, la relación es negativa con el número de las deposiciones (ND) y la presencia de moco (MH), donde alcanza significación en casi todos los registros.

Los conflictos con los hijos/familia (H/F), presentan un patrón relacional sistemático y positivo con la frecuencia e intensidad del

dolor (FC, DV) y distensión abdominal (H), alcanzando niveles de significación en algunos de los registros.

Con la presencia de moco (MH) y el número de deposiciones (ND) la relación es negativa, y también alcanza significación estadística en buen número de registros.

La mala relación con los amigos (AM), muestra un patrón correlacional positivo con la frecuencia del dolor (FC) que alcanza significación estadística en tres de los registros, y también es positiva la asociación con las malas digestiones (D), pero solo aparecen niveles significativos en dos de los autorregistros.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos que obtenemos en el análisis correlacional de los registros, nos informan de un importante grado de asociación en general, que en muchos casos alcanza niveles de significación estadística, entre las variables psicológicas y ambientales (factores meramente situacionales) contempladas en los autorregistros y los síntomas físicos.

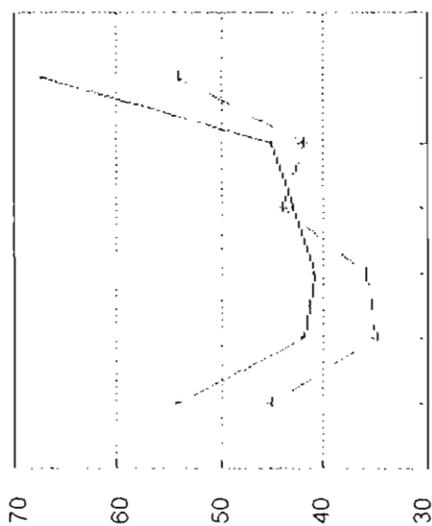
Ahora bien, no todas las variables tienen el mismo interés. Las que parecen tener una importancia fundamental en su relación con los síntomas son el ánimo depresivo (EA) y el nerviosismo (NV). Las restantes variables desempeñan un papel menor, siendo la mala relación laboral (T) y los conflictos con la pareja (P) las más destacables, seguida de los conflictos con los hijos/familia (H/F), y en menor medida la mala relación con los amigos (AM).

Entrando en mayor detalle, vemos como el ánimo depresivo y el nerviosismo son las variables que con mayor fuerza se asocian de forma negativa con la sintomatología del SII, siendo los síntomas mayormente influidos la frecuencia e intensidad del dolor (FC, DV), la distensión abdominal (H) y las malas digestiones (D) (gráficos 1 a 4).

También, la mala relación laboral (T) se relaciona de forma relevante con el agravamiento de los síntomas. De este modo, vemos como aumenta el dolor en frecuencia (FC) e intensidad (DV) (gráfico 5), así como la distensión abdominal (H) y las malas digestiones (D).

GRÁFICOS

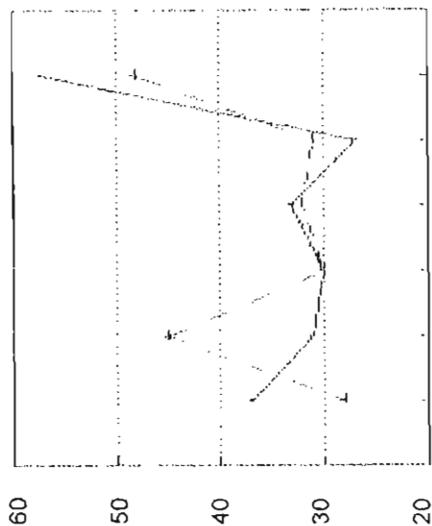
GRÁFICO 1: REAFCDV
RELACIONES ENTRE ÁNIMO
DEPRESIVO Y FRECUENCIA
E INTENSIDAD DEL DOLOR



REGISTROS

— FRECUENCIA - - - INTENSIDAD

GRÁFICO 2: REAHD
RELACIONES ENTRE ÁNIMO
DEPRESIVO Y DISTENSIÓN
ABDOMINAL-MALA DIGESTIÓN

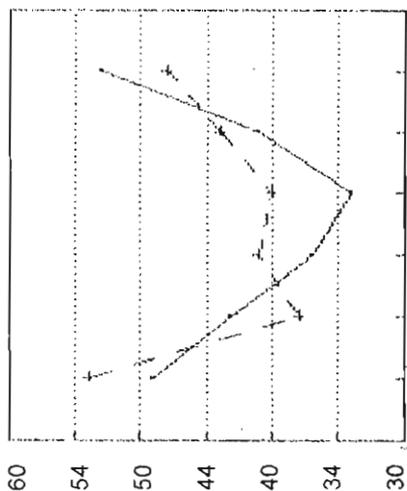


REGISTROS

— DISTENSIÓN - - - MALA DIGESTIÓN

GRÁFICOS

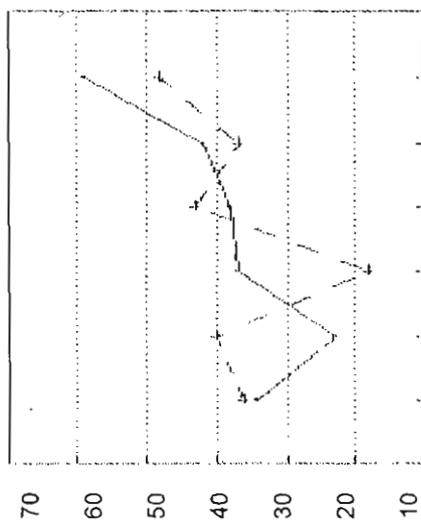
GRÁFICO 3: RNVFD
RELACIONES ENTRE NERVIOSISMO
Y FRECUENCIA E INTENSIDAD DEL
DOLOR



REGISTROS

—+— FRECUENCIA ·+· INTENSIDAD

GRÁFICO 4: RNVDH
RELACIONES ENTRE NERVIOSISMO
Y DISTENSIÓN ABDOMINAL-MALA
DIGESTIÓN

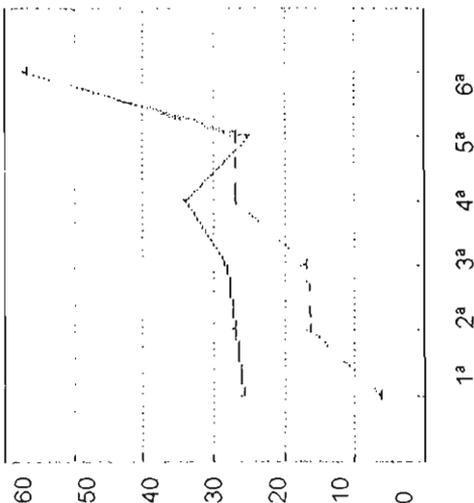


REGISTROS

—+— DISTENSIÓN ·+· MALA DIGESTIÓN

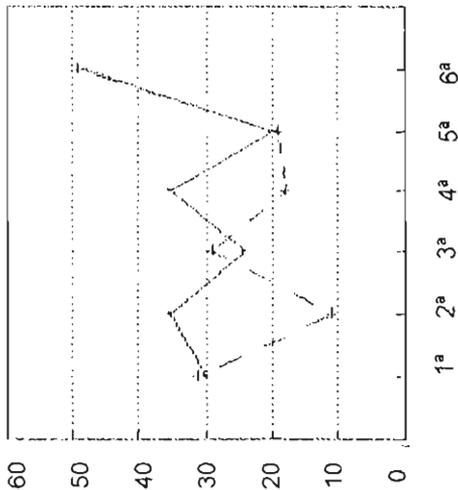
GRÁFICOS

GRÁFICO 5: TRFCD
RELACIONES CONFLICTOS
LABORALES Y FRECUENCIA
E INTENSIDAD DEL DOLOR



— FRECUENCIA - - - INTENSIDAD

GRÁFICO 6: RPFCD
RELACIONES ENTRE ÁNIMO
DEPRESIVO Y FRECUENCIA
E INTENSIDAD DEL DOLOR



— FRECUENCIA - - - INTENSIDAD

De igual manera, los conflictos con la pareja (P) y con los hijos/familia (HF) coinciden con el agravamiento de la frecuencia e intensidad del dolor (FC,DV) (gráfico 6), la distensión abdominal (H) y las malas digestiones (D).

Sin embargo, como se puede apreciar en nuestros resultados, los pacientes que presentan un mayor número de deposiciones y presencia de moco en las heces son quienes gozan de una mejor relación con la pareja e hijos/familia. Una hipotética explicación de estos resultados, que en principio pueden parecer contradictorios, es que estos dos síntomas son percibidos en el entorno familiar como los más graves de la patología, y pueden dar lugar a unas mejores relaciones personales derivadas del incremento de conductas afectivas y cuidados que a causa de la sintomatología recibe el sujeto.

Por último, los conflictos con los amigos (AM), aunque en menor grado que el resto de variables psicológicas de los registros, también están asociados con la exacerbación de la frecuencia del dolor (FC), la distensión abdominal (H) y las malas digestiones (D).

En base a estos resultados, y pese a que no podemos afirmar si es el estado de ánimo o el nerviosismo lo que influye en la sintomatología, o es el empezar a notar la sintomatología lo que desencadena los síntomas psicológicos, lo que resulta claro es que en ese momento tendremos que contar con que los pacientes estarán más nerviosos y deprimidos, y cabrá la posibilidad de peores relaciones en las diferentes áreas de funcionamiento cotidiano (trabajo, pareja, familia y amigos).

Por todo ello, habrá que prestar atención, en cuanto a tratamiento, fundamentalmente a los problemas cotidianos de estado de ánimo y ansiedad, y alertar a los pacientes de la posible influencia de estos dos factores en su sintomatología orgánica. Además, será conveniente dar pautas de funcionamiento en el trabajo, con la pareja y familia, y en menor medida con los amigos, con el fin de prevenir el deterioro de las relaciones durante los períodos agudos de la enfermedad, intentando evitar así un posible aislamiento o marginación del paciente que repercuta negativamente en su calidad de vida.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Almy, T.P., Mendeloff, A.I., Rice, D., Lilienfeld, A., Klarman, H., Rawson, R. y Cunnick, W.R. (1975). Prevalence and significance of digestive disease. *Gastroenterology*, 68, 1351-1371.
- 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.
- 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.
- Cohen, S. y Snape, W.J. (1983). Movement of the small and large intestine. En M.H. Sleisenger y J.S. Fordtran (eds.), *Gastrointestinal disease: Pathophysiology, diagnosis, management* (pp.859-873). Philadelphia: W.B. Saunders.
- 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., McKee, D.C. y Lovitz, A.J. (1982). Bowel patterns among subjects not seeking health care. *Gastroenterology*, 83, 529-534.
- Fowlie, 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.
- Harvey, R.F., Salih, S.Y. y Read, A.E. (1983). Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. *Lancet*, 1, 632-634.
- Hislop, I.G. (1971). Psychological significance of the irritable bowel syndrome. *Gut*, 12, 452-457.
- Latimer, P.R. (1983). *Functional Gastrointestinal Disorders: A behavioral approach*. New York: Springer Publishing Co.

- Latimer, P.R., Sarna, S.; Campbell, D.; Latimer, 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.
- 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., Minguez, M., Mora, F., Tomás-Ridocci, M. y Benages, A. (1989). *Gastroenterología y Hepatología*. Barcelona: Doyma.
- Murney, R.G. y Winship, D.H. (1982). The irritable colon syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 11, 563-592.
- 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.
- 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.
- Smart, H.L., Nicholson, D.A. y Atkinson, M. (1986). Gastroesophageal reflux in the irritable bowel syndrome. *Gut*, 27, 1127-1131.
- 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.
- Sullivan, M., Cohen, S. y Snape, W.J. (1978). Colonic myoelectrical activity in irritable bowel syndrome. Effect of eating and anti-cholinergics. *New England Journal of Medicine*, 298, 878-883.
- Switz, D.M. (1976). What the gastroenterologist does all day. *Gastroenterology*, 70, 1048-1050.
- Waxman, D. (1988). Irritable bowel syndrome. *Journal Research Society of Medicine*, 81, 718-720.
- Whitehead, W. E. (1985). Psychotherapy and biofeedback in the treatment of irritable bowel syndrome. En N. W. Read (ed.), *Irritable bowel syndrome* (pp. 245-256). London: Grune and Stratton.