

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO
IRRITABLE

CHRISTIAN ALBERTO FALLA MEJIA

201010033500

MARISOL JOYA ZONA

201010187500

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ

JULIO DE 2016

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO
IRRITABLE

CHRISTIAN ALBERTO FALLA MEJIA

MARISOL JOYA ZONA

Trabajo de grado para la obtención del título de Psicólogos

Ps. IVONNE ALEJO CASTAÑEDA, Msc.

Directora

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ, JULIO DE 2016

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá, julio de 2016

Agradecimientos

A los asesores, quienes con su experiencia y sabiduría, facilitaron nuestro crecimiento integral en las diferentes áreas de nuestra vida.

Al hospital Universitario La Samaritana, cuyos miembros nos abrieron las puertas para poner en práctica nuestros conocimientos, y por estar siempre dispuestos a aportar desde el mundo de la medicina. Por permitir la apertura a nuevas investigaciones que pudieran intervenir en la salud física y mental de los consultantes, con proyección al mejoramiento de su calidad de vida.

A los consultantes, por hacer parte activa de nuestro proyecto y aportar información valiosa para el cumplimiento de los objetivos sobre el síndrome de intestino irritable y su relación con la psicología.

A nuestras familias, quienes con su apoyo y paciencia hicieron que esta etapa de nuestras vidas fuera más amena.

Dedicatoria

A Dios: Por ser el proveedor de inteligencia, sabiduría, salud y voluntad en este logro tan importante de formación profesional.

A nuestra familia: Porque ellos fueron nuestra inspiración, para trabajar día a día, sin pensar en la posibilidad de abandonar este proyecto.

Tabla de contenido

Resumen, 1

Introducción, 2

Planteamiento del problema, 3

Pregunta problema, 5

Justificación, 6

Objetivos, 7

Objetivo general, 7

Objetivos específicos, 7

Marco conceptual, 8

El significado de síndrome de intestino irritable y estrategias de afrontamiento, 8

Metodología, 38

Tipo de investigación, 38

Participantes, 39

Instrumentos, 39

Escala de Copping, 39

Procedimiento, 42

Resultados, 44

Análisis de resultados, 52

Discusión, 55

Conclusiones, 58

Referencias, 60

Lista de Tablas

Tabla 1. Tratamiento farmacológico según síntoma predominante, 26

Tabla 2. Características con vive e hijos, 44

Tabla 3. Características estrato socio económico y nivel educativo, 44

Tabla 4. Características estado civil y ocupación, 45

Tabla 5. Características descripción de la edad, 45

Tabla 6. Características género, 46

Tabla 7. Características descripción actividad tiempo libre, 46

Tabla 8. Características de factores de protección, 47

Tabla 9. Características factores de riesgo, 47

Tabla 10. Características descripción de los doce factores, 48

Lista de Figuras

Figura 1. Factores de Afrontamiento con Puntuación Alta, 51

.

Lista de Apéndices

- Apéndice A. Datos Sociodemográficos, 65
- Apéndice B. Escala de Estrategias de Copping, 67
- Apéndice C. Consentimiento Informado, 71
- Apéndice D. Cronograma, 74

Resumen

El presente estudio descriptivo exploratorio, tuvo como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable, que asisten a consulta a la Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario La Samaritana. Se seleccionó una muestra de 51 pacientes mayores de 18 años a través de un muestreo no probabilístico intencional. Para evaluar las variables del estudio se empleó La escala de Estrategias de Copping Modificada (EEC-M) (Londoño, López, Puerta, Posada, Arango & Acevedo, 2006), al igual que una ficha sociodemográfica diseñada por los investigadores. En los resultados se observó que las principales estrategias de afrontamiento empleadas por esta muestra de pacientes son de tipo cognitivo (centradas en el problema). Es así como se logra identificar que una de las principales estrategias de afrontamiento se basa en la búsqueda de apoyo profesional teniendo un porcentaje del 90,2%, el cual busca resolver la problemática a través de tratamientos médicos, sin dejar atrás la creencia religiosa con un 86,3% (rezar) y su gran creencia en la sanación a través de la espiritualidad, también vemos que los pacientes utilizan la solución de problemas con un 80,4% como alternas a las dos estrategias anteriores, como a su vez buscan también enfrentar y afrontar su problemática en compañía de otras personas, es por esto que encontramos un 60,8% en la estrategia de afrontamiento de búsqueda social, por último se logra identificar que los pacientes tienen la creencia que se puede disminuir los síntomas evitando pensar en la enfermedad arrojándonos un porcentaje de un 47,1% en evitación cognitiva. Por lo anterior se podría decir que los pacientes tienden a afrontar su enfermedad a través del apoyo en los otros, tales como búsqueda social, profesional y espiritual, dejando atrás la autonomía hacia la aceptación y afrontamiento a su enfermedad, por tanto se identifican elementos a tener en cuenta en posibles intervenciones de orden psicológico con este tipo de pacientes, discutiendo hallazgos y posibles estudios en un futuro logrando incluir la participación familiar para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Claves: Síndrome de intestino irritable, estrategias de afrontamiento y gastroenterología.

Introducción

El Síndrome de intestino irritable (SII), mejor conocido como colon irritable, es una alteración funcional del tracto gastrointestinal que genera una serie de síntomas que disminuyen con la defecación. Entre estos síntomas se encuentran el estreñimiento, la diarrea, la distensión y el dolor abdominal. Para ser diagnosticado el SII los síntomas deben ser recurrentes al menos tres días por mes en los últimos tres meses y seis meses antes de ser emitido; es así como lo determina los criterios de roma III publicados en el volumen de abril del 2006 de la revista Gastroenterología.

Balboa, Carrillo, Mínguez y Valdeperez (2005) expone que el SII es el más común entre los trastornos funcionales gastrointestinales. En España, del 16 al 25% de consultas en gastroenterología son por causa de este síndrome, que además representa el 3% de las consultas primarias. Diversos factores como trastornos de la motilidad, alteraciones en el funcionamiento gastrointestinal y respuesta exagerada en la tolerancia de algunos alimentos, hacen que aumente la molestia intestinal en el paciente y lo lleven a consultar a su médico. Actualmente no se conoce una cifra determinada en la población Colombiana, puesto que no hay estudios al respecto; pero no se desconoce la afectación en esta población.

El factor psicológico es indispensable en el bienestar y la calidad de vida que tienen los seres humanos. Al verse afectado repercute a nivel físico, personal, individual, laboral y social. Se ha identificado que el SII tiene implicaciones psicológicas que disminuyen la calidad de vida y no hay un manejo adecuado de las estrategias de afrontamiento en los pacientes que presentan este trastorno. Es así como el paciente asume su enfermedad como una entidad crónica (E.C), ocasionando impactos emocionales y afectivos de forma negativa, que reducen la calidad de vida, afectando no solo su vida personal sino a su estructura familiar *Hobfoll (1989 citado por Amado, Rico y Rodríguez, 2014).*

Planteamiento del Problema

Según Sabbagh y Otero (2015) en la revista Colombiana de Gastroenterología, el aumento de consultas en medicina general y de gastroenterología se ve afectado por enfermedades gastrointestinales como el Síndrome de Intestino Irritable, un problema funcional y del hábito intestinal, que genera una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico, problemas psicosociales, disminución de la calidad de vida y gastos innecesarios tanto para el paciente como para la entidad de salud.

Por otro lado, se ha evidenciado en estudios anteriores que el factor psicológico es altamente influyente en enfermedades como son el síndrome de intestino irritable, VIH sida, diabetes, trastornos alimenticios entre otros, así se ve en la población colombiana específicamente mujeres de la ciudad de Pereira, Colombia, que a su vez utilizan estrategia de afrontamiento como auto inculparse y búsqueda de apoyo espiritual, teniendo como resultado que las estrategias utilizadas son evitativas, centradas en la emoción, de acuerdo al estudio realizado por (Muñeton, 2012).

De acuerdo a Gaviria, Quinceno, Vinancia, Martínez y Otalvaro, (2009), y continuando con las estrategias de afrontamiento en las enfermedades, se encuentra que las más utilizadas por 92 pacientes con VIH/sida, evaluadas por la escala de Copping modificada de 92 ítems, en la ciudad de Medellín Colombia, son de tipo cognitivo (centradas en el problema). Entre ellas se encuentran la búsqueda de apoyo en la religión, la búsqueda profesional, la utilización de estrategias de control emocional, así como una baja búsqueda de estrategias de agresión, en relación con la adhesión al tratamiento con retrovirales, y la importancia del conocimiento de las mismas.

Del mismo modo, Ortiz, Méndez, Camargo, Chavarro, Toro y Vernaza (2014), investigan las estrategias de afrontamiento, evaluadas con la escala de Copping modificada, en una muestra de 17 pacientes con diagnóstico de cáncer, en correlación con la autoestima, la ansiedad y la depresión, en la ciudad de Bogotá, Colombia. Dichos factores fueron evaluados con la escala de HAD y la escala de Rosemberg, y se encontraron estrategias de afrontamiento de solución de

problemas, reevaluación de positiva como reacción agresiva, los cuales muestran cómo se podría abordar esta enfermedad crónica desde los factores psicológicos, teniendo en cuenta la calidad de vida de este tipo de pacientes.

Hewitt et al. (2016), identifican que las estrategias de afrontamiento que más usan los adultos expuestos al conflicto armado en Colombia, con afectaciones psicológicas son la religión, y el “dejar que las cosas pasen”. Según el Centro Nacional de Memoria Histórica, Lira y McDonald (2010 citado por Hewitt, et al., 2016), este hecho afecta emocional y psicológicamente no solo inmediatamente sino a largo plazo a quienes son víctimas de esta situación, puesto que adquieren episodios de estrés postraumático, delirio de persecución, depresión, ansiedad, teniendo como ayuda la resiliencia para la recuperación y aceptación de la situación traumática y dolorosa.

En una investigación a 106 pacientes que padecen de Hipertensión e Hipotensión, se aplica la Escala de Afrontamiento Modificada y se identifica que la estrategia de afrontamiento más utilizada por los Hipertensos es la solución del problema, mientras que la búsqueda de apoyo profesional y la reevaluación positiva es la más utilizada por los Hipotensos. Según este estudio, los hipertensos presentan tendencia a la confrontación y los individuos que tienen tensión baja utilizan los de huida. Las estrategias de afrontamiento que adquiere cada individuo dependen de la percepción ante los episodios estresores (Bernal, Lemos, Medina, Ospina & Torres, 2009).

Pregunta Problema

Por lo anterior se observa que en las diferentes enfermedades crónicas, las estrategias de afrontamiento ayudan a asumir la patología mejorando la calidad de vida de los pacientes. Es por esto que surgió la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable?

Justificación

Los pacientes con diagnóstico de (SII), son un grupo poblacional que consulta de manera frecuente a múltiples servicios médicos, como los servicios de urgencias, consulta por médico general y especialistas, hasta llegar a la consulta de sub especialista de gastroenterología; esto en relación con la persistencia de síntomas gastrointestinales y el mal control de los mismos, Sabbagh & Otero, (2015) Revista Colombiana de Gastroenterología. Se ha evidenciado que los pacientes con enfermedades crónicas, entre ellas el SII, afrontan su condición a través de múltiples estrategias, que se desarrollan por medio de la integración cognitivo-biológica, que permite el control parcial de la sintomatología, Ordoñez, M.A., Lemus, J., Vega, B.E., Gallón, A. (2008). Estas técnicas no se han estudiado en la población del Hospital Universitario de la Samaritana, población caracterizado por diferentes géneros, edades entre 18 y 85 años y provenientes de zona rural, a través de la identificación de las estrategias de afrontamiento en este grupo de pacientes se puede llegar a intervenir con la finalidad de mejorar síntomas y al mismo tiempo su calidad de vida. Además de esto, se disminuye la frecuencia de consultas y requerimientos farmacológicos, y se bajan los costos que se derivan de la atención médica, imágenes diagnósticas y estudios endoscópicos que se repiten constantemente en este tipo de pacientes.

Objetivos

Objetivo General

Describir las estrategias de afrontamiento en los pacientes con SII en la Unidad de Gastroenterología del HUS.

Objetivos Específicos

Identificar las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, apoyo social, espera y religión en aquellos pacientes que las empleen en respuesta a su condición de salud.

Identificar las estrategias de evitación emocional, búsqueda de apoyo social, reacción agresiva, evitación cognitiva y reevaluación positiva en aquellos pacientes que las empleen en respuesta a su condición de salud.

Identificar las estrategias de afrontamiento de expresión de la dificultad de Afrontamiento, negación y autonomía en aquellos pacientes que las empleen en respuesta a su condición de salud.

Marco Conceptual

Las estrategias de afrontamiento y el Síndrome de Intestino Irritable

Las estrategias de afrontamiento han sido un tema de interés para la salud y desde la perspectiva psicológica situaciones que generen en el individuo activación emocional, el estrés y la solución de problemas generan en cada persona esfuerzos cognitivos y comportamentales, que al ser repetitivos se convierten en estilos de afrontamiento. Según la percepción de cada individuo, se puede focalizar en el problema, en su emoción o su valoración (Fernández, Abascal & Palmero, 1999 citado por Londoño, et al., 2006).

Para Lazarus y Folkman (1988 citado por Zavala, Rivas, Andrade y Reidi, 2008), considerados como precursores del concepto de estrategias de afrontamiento, las definen como “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que asumen los individuos para manejar la situación de estrés” y mencionan cinco tipos: evasivo, reevaluación positiva, distanciamiento, negación y análisis cognitivo, y reflexivo. Así mismo ponen en evidencia que la estrategia que utiliza cada individuo para defenderse ante los estímulos externos depende de su contexto socio cultural. Esta teoría está relacionada con el modelo de personalidad Psicoanalítico del yo, involucrando procesos cognitivos como resolución de problemas y negación. De acuerdo a la percepción de cada individuo, este lo puede focalizar en el problema o en la emoción

Para Amado, Rico y Rodríguez (2014), el afrontamiento puede entenderse como la interacción de la acción sobre la respuesta, arrojando determinados mecanismos de protección. Lazarus y Folkman (1984 citado por Amado, Rico & Rodríguez, 2014) indican tres formas de evaluación cognitiva que resultan determinantes; evaluación primaria, que se determina si las circunstancias son benignas, irrelevantes o estresantes, si las circunstancias se ven como una amenaza, dañina o desafiante. La evaluación secundaria, que se determina por la apreciación de oportunidades para la acción. Y la evaluación terciaria, es la reevaluación consistente en una nueva evaluación de la situación determinada por una nueva información.

Partiendo de lo anterior, Hobfoll (1989 citado por Amado, Rico & Rodríguez, 2014) señaló que “la gente se esfuerza por retener, proteger y construir recursos y lo que es amenazante para ellos es la potencial o la actual pérdida de esos recursos valiosos” (p. 516).

Desde esta perspectiva, se observa que las personas que han sido diagnosticadas con enfermedades que no pueden controlar, como lo es el Síndrome de Intestino Irritable [SII], tienden a utilizar un sin fin de recursos con la idea de mejorar la sintomatología, buscando siempre el bienestar físico y psicológico que los ayuda a mejorar su calidad de vida.

Según Quintilla, Valadez, Valencia y González (2005), el concepto de afrontamiento ha sido estudiado en psicología desde los años 40, permitiendo un mejor abordaje en la evaluación y manejo terapéutico en el paciente, y a su vez una buena adhesión y adaptación al tratamiento.

Por otra parte Haan (1996 citado por Quintilla, Valadez, Valencia y González, 2005), refieren que el afrontamiento se diferencia de los mecanismos de defensa, por ser flexible, menos rígido y manejable, dando la posibilidad de crear diferentes alternativas de solución en un proceso terapéutico.

Por lo anterior, algunos autores logran clasificar algunas estrategias de afrontamiento que alcanzan a tener un mejor manejo en el contexto clínico. Según Vitalino, Russo, Car, Maiuro y Becker, (1993 citado por Quintilla, Valadez, Valencia & González, 2005) esta clasificación está dada por algunos aspectos, siendo estos:

Primero, la solución de problemas, dando la posibilidad de enfrentar la problemática de una forma asertiva; en segundo lugar, por una exploración en soporte social, que le permite sentir el apoyo y contar con la ayuda para afrontar la situación; en tercer lugar, la auto- culpabilización, que es un paso a la autorregulación en situación estresante; en cuarto lugar, está la fantasía, está la utilizan las personas con el fin de crear tranquilidad espiritual, y por último está la evitación.

A través de esta clasificación se ha evidenciado según (Gould Madelyn S. *eta* 2004 citado por Quintilla, Valadez, Valencia & González, 2005) que las estrategias más utilizadas son las de búsqueda de ayuda, al igual que las llamadas estrategias de afrontamiento mal adaptativas, como respuesta a la depresión y conducta suicida.

Para Lazarus y Folkman (1984), quienes son considerados como los precursores de las estrategias de afrontamiento del estrés, existen algunas estrategias con las que pueden medirse las estrategias de afrontamiento, entre ellos están: “*Modos de afrontamiento de Ways of Coping Strategy Indicator*, WCY), el Cope de Carver Scheier y Weintraub (1989) y el indicador de estrategias de Coping Strategy Indicator, CSI de Amirkan (1994)”. Estas escalas han sido modificadas varias veces con el objetivo de ser aplicadas en diferentes grupos de personas, teniendo en cuenta sus características comunes de contexto social y cultural. Al aplicar estos tres instrumentos en población Americana, prueba aplicada por Clark Bormann, Cropanzano y James, 1995, se identificó que estas tres herramientas eran válidas, confiables y se podían relacionar y comparar con aspectos clínicos de carácter cognitivo (Londoño, et al., 2006).

Para Cassaretto y Paredes (2006), es importante distinguir entre las estrategias y los estilos de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para disminuir la situación problema, y los estilos son lo que caracteriza a la persona, dependiendo de sus disposiciones habituales y creencias. Por otra parte, hay estrategias de afrontamiento que dan resultados psicológicos negativos como el distanciamiento, la evitación y el escape, que impiden el control de la misma enfermedad.

Por tanto, según Newman (1990 citado por Cassaretto y Paredes, 2006) las enfermedades son cada vez más complicadas en su evolución misma, lo que hace una mayor exigencia en los estilos de afrontamiento, de manera tal que se van modificando casi al mismo tiempo.

Sin embargo Martin y Brantley (2002 citado por Cassaretto & Paredes, 2006) identifica que las estrategias de afrontamiento de los pacientes con enfermedades son rígidas, lo que causa una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico

Según Amado, Rico y Rodríguez (2014), el afrontamiento como la interacción de la acción sobre la respuesta, arroja determinados mecanismos de protección que dependen de la valoración que realizan los individuos. Lazarus y Folkman, (1984 citado por Amado, Rico & Rodríguez, 2014) indican tres formas de evaluación cognitiva; evaluación primaria, que se determina si la circunstancias son benignas, irrelevantes o estresantes, si la circunstancia se ve como una amenaza, dañina o desafiante.

La evaluación secundaria se determina por la apreciación de oportunidades para la acción y la tercera es la reevaluación consistente en una nueva evaluación de la situación determinados por una nueva información.

Dentro de este marco y teniendo en cuenta que Hobfoll (1989 citado por Amado, Rico & Rodríguez, 2014) señalo que “la gente se esfuerza por retener, proteger y construir recursos y lo que es amenazante para ellos es la potencial o la actual pérdida de esos recursos valiosos” (p. 516).

Desde este contexto, se observa que las personas que padecen enfermedades que no pueden controlar, como lo es el Síndrome de Intestino Irritable, tienden a utilizar un sin fin de recursos con el fin de mejorar la sintomatología, buscando siempre el bienestar físico y psicológico que los ayuda a mejorar su calidad de vida.

Por tanto las estrategias de afrontamiento que se utilizan comúnmente según Amado, Rico & Rodríguez (2014), se basa en recursos materiales, personales, situacionales y energía, que logra llevar la problemática que afecta la persona.

En este orden de ideas, Hobfoll (1989 citado por Amado, Rico & Rodríguez, 2014) refiere que se debe evaluar de una forma objetiva los recursos que utilizan las personas al mismo tiempo previniendo la pérdida potencial de los mismos

Según Quintilla, Valadez, Valencia y González (2005), el afrontamiento hace parte de la psicología desde los años 40, permitiendo un mejor abordaje en la evaluación y manejo terapéutico en el paciente, y a su vez una buena adhesión y adaptación al tratamiento.

Por otro lado Cassaretto y Paredes (2006), han descrito que hay mayor afectación psicológica y social en pacientes con enfermedades crónicas entre ellas la insuficiencia renal crónica, que no afecta solo al paciente, sino también involucra a su núcleo familiar, a nivel emocional y afectivo, creando en el paciente adaptación al tratamiento farmacéutico o rechazo inadecuado al mismo, y a su vez desprendiendo una serie de sentimientos como la culpabilidad, negación, ira, tristeza y frustración, que son inentendibles en el paciente y familiar además de su difícil de manejo.

Es así que al igual que las enfermedades crónicas que causan un deterioro en la calidad de vida, encontramos una similitud entre el síndrome de intestino irritable, partiendo de su

disfuncionalidad intestinal, su difícil manejo y su deterioro en la calidad de vida a nivel afectivo y emocional, y la insuficiencia renal crónica, que causa los mismos problemas psicológicos y sociales.

Por tanto según Newman (1990 citado por Cassaretto & Paredes, 2006), al ser cada vez de mayor complejidad, las enfermedades lo que hacen es una mayor exigencia en los estilos de afrontamiento y se van modificando casi al mismo tiempo, sin embargo, Martin y Brantley (2002 citado por Cassaretto & Paredes, 2006) identifica que las estrategias de afrontamiento de los pacientes con enfermedades son rígidas, lo que hace una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico

Según Vinaccia, et al. (2005), La presencia de alteraciones psicológicas en pacientes con SII y con enfermedad digestiva, ha evidenciado la presencia de conductas de ansiedad y depresión con mayor frecuencia que en los individuos en general, lo que puede asociarse con el concepto que tienen de sus limitaciones físicas, emocionales, su vitalidad y el rol social que puedan desempeñar en sus diferentes áreas como individuos.

Autores como Drossman (1995 Citado por Vinaccia, et al., 2005) refiere que la depresión es un proceso común en pacientes que padecen enfermedades, teniendo en cuenta el conocimiento de las implicaciones de la condición crónica. Para algunos puede ser prolongada y grave con sentimientos de desesperanza, dependencia, intolerancia, desánimo y omisión innecesaria de actividades cotidianas, buscando en algunos casos asesoría psicológica para el manejo y control de estas emociones negativas.

Según Robert et al., (2010 citado por Ortiz, et al., 2014) utilizar estrategias de afrontamiento emocional como la evitación, la reevaluación positiva, la espiritualidad/religión durante el desarrollo de la enfermedad, se convierte en un mantenedor permanente de esperanza y estabilidad emocional, puesto que dan un objetivo y un propósito en la vida. Así mismo, el ser partícipes de actividades deportivas, es otra estrategia de afrontamiento útil para disipar la impotencia e inestabilidad que pueda generar el desarrollo de la patología.

También la ansiedad y la depresión han sido foco de interés en el desarrollo y proceso del SII, “La primera, definida como la anticipación de un daño o desgracia a futuro, y la segunda,

entendida como la ausencia de afectividad positiva, capacidad para disfrutar actividad que antes eran placenteras” García et al., (2011, citado por Ortiz, E. et al., 2014).

Por lo cual las estrategias de afrontamiento mencionadas anteriormente representa un papel importante en los pacientes (pte) con SII, como por ejemplo lo es la calidad de vida en estas personas que hace énfasis en el conjunto de factores que se encuentran implicados en la subjetividad del paciente, como la propia percepción de su salud, el control de los síntomas, los diferentes tipos de tratamiento, los cuales pueden ser evaluados por cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud Vinaccia et al. (2005). Desde esta óptica, Zickmund (1993 citado por Núñez et al., 2010), aspectos como la biología humana, el estilo de vida y el medio ambiente son un conjunto de factores importantes para el bienestar físico, mental y emocional de las personas.

Por otro lado, Moral, Comeche y Hesse (2002) hicieron como entrenamiento la inoculación del estrés en el síndrome de intestino irritable. Caso único, identificaron que el Síndrome de Intestino Irritable tiene relación con el estado psicológico y social del individuo, puesto que al sentir los síntomas característicos de esta patología, disminuye la voluntad de interrelacionarse con las personas del contexto familiar, laboral y social. Al ocurrir esto, el individuo comienza a sentirse solo, aislado y con pensamientos catastróficos (Whitehead y Schuster, 1985; Corney y Stanton, 1990; Moreno-Romo y cols., 1996), citada por Moral, Comeche y Hesse (2002)

Para este estudio se utilizó la herramienta EIE estructurada por Meichenbaum (1985), en la que, antes de iniciar el paciente su actividad, se evidencia un estilo de afrontamiento negativo al tener pensamientos como: “¿Qué voy a hacer si me dan ganas fuera de casa?, ¿Qué voy a hacer si me dan ganas y no tengo dónde ir?, entre otros”. Se indagan estímulos antecedentes, antecedentes remotos, consecuentes, consecuencias a largo plazo, recursos y motivación. Moral, Comeche y Hesse (2002).

El tipo de afrontamiento en esta situación fue de gran relevancia, pues el paciente presentó diferentes pensamientos, comportamientos característicos del síndrome y logró tener equilibrio emocional asumiendo el compromiso de mejorar el comportamiento en situaciones problemáticas.

González y Padilla (2006), en la publicación del artículo “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades de ancianos en ciudad de México”, indagaron en una muestra de ancianos, cómo se afecta la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento que ellos usan cuando son diagnosticados con algún tipo de enfermedad degenerativa.

Según González y Padilla (2006), en ciudad de México, los adultos de sesenta años o más, al disminuir o al culminar su etapa laboral, presentan un cambio notablemente en su calidad de vida. El 63.9% de ellos padece alguna enfermedad, y el 53.9% enfermedades de tipo degenerativo.

Lazarus (1998 citado por González & Padilla, 2006), menciona que el paciente, al enterarse de la nueva situación, manifiesta ansiedad e impotencia, siendo estos dos factores negativos para la adaptación del nuevo proceso. Se utiliza el cuestionario de afrontamiento (Font, 1990) en el que se le pregunta a los pacientes la última patología y se aplica el cuestionario que permite clasificar tres niveles. De acuerdo a la percepción, los pacientes son orientados al problema, a la solución y/o la emoción.

González y Padilla (2006), concluyen que las estrategias de afrontamiento son cambiantes, pues al ser respuestas cognitivas y comportamentales, se usan de acuerdo al objetivo de cada situación. También se tiene como alternativa importante para la adaptación al proceso de la etapa de ancianos, puesto que apoya el ciclo vital de los individuos.

Según Paris y Omar (2009), el equipo de trabajadores médicos, al encontrarse constantemente expuesto a altos niveles de estrés dentro de las instalaciones hospitalarias con características propias de sus cargos, emite diferentes estilos de afrontamientos, de acuerdo a la percepción de quien vive las experiencias.

Lazarus y Folkman (1984 citado por París & Omar, 2009) mencionan que la facilidad para adaptarse, asimilar o manejar dichas situaciones, depende de los recursos cognitivos disponibles. Este modelo hace referencia a la evaluación de la situación y la forma como buscan enfrentar el problema.

Lert, Chastang y Castaño (2001 citado por París & Omar, 2009) relatan que en los resultados se ha identificado que el género femenino del sector salud, busca con más frecuencia apoyo social y profesional para solucionar su situación. Yayli y Yaman (2003 citados por París & Omar, 2009)

dicen que los profesionales de la salud de mayor edad, implicados en este proceso, focalizan más el problema en la emoción que los jóvenes.

En el estudio hecho por París y Omar (2009), las herramientas utilizadas fueron la estrategia de afrontamiento del estrés asistencial, la escala de bienestar subjetivo, desarrollada por París (2007), los datos sociodemográficos citados por París y Omar (2009). Se tuvo como resultado que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la resolución de problemas y el distanciamiento, asociados al bienestar subjetivo. Las menos utilizadas fueron la resignación y las estrategias des adaptativas.

Limonero, Sábado, Astro, Romero y Herrero (2012), utilizaron la sub escala de Reparación emocional percibida (REP) de la “Escala de inteligencia emocional percibida” (TMMS-24), la “Escala breve de estrategias Resilientes” (BRCS) y la “Escala de satisfacción con la vida” (SWLS), en las que se identificó que los estudiantes que puntúan más en la escala BRCS y REP, se correlacionan positivamente.

Martínez, Piqueras & Ingles (2016), en el artículo Relación entre IE y estrategias de afrontamiento ante el estrés, definen estrategia de afrontamiento como la capacidad que tiene el individuo mediante los recursos cognitivos y conductuales para manejar sus emociones y asociarlos con los factores externos que no puede controlar.

Lazarus y Folkman (1984 citado por Martínez, Piqueras y Ingles, 2016), para valorar las situaciones estresores se debe tener en cuenta la valoración, la asociación emocional, y si la persona busca o no solucionar el estresor. Para evaluar el afrontamiento se identifica si el individuo se focaliza en la resolución de problemas y planes de acción o prefiere evitar o agravar la situación, lo que en este caso sería negativo porque aumentaría el nivel de estrés y provocaría disminución en los resultados positivos mentales y físicos, (Lazarus, 1990).

Escamilla, Rodríguez y González, (2009); Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009 citado por Martínez, Piqueras & Ingles, 2016), refieren que si los estilos de afrontamiento que predominan en la persona son negativos, tienen el riesgo de padecer más situaciones estresantes, patologías físicas y psicológicas y disminuye la posibilidad de tomar decisiones.

Según Cahill (2005); Videbech y Ravnkilde (2004 citado por Martínez, Piqueras & Ingles, 2016), dicen que las mujeres presentan mayor posibilidad de sentir estrés, por la estructura del sistema límbico, sistema de memoria y aprendizaje, esto desde la perspectiva neuropsicológica, que según los autores debe ser estudiada y analizada.

Llull, Zanier y García (2003), en el artículo “Afrontamiento y calidad de vida, un estudio de pacientes con cáncer, estas personas hacen énfasis en la interrelación del ser humano como individuo social que necesita involucrarse con el medio para asumir sus estrategias de afrontamiento ante la situación patológica que vive.

Igual que otros autores, Llull, Zanier y García (2003), dicen que las estrategias de afrontamiento se pueden focalizar en la emoción, el problema o la evaluación, teniendo como resultado que los pacientes utilizan más las estrategias de revaloración positiva y problema que la de emoción, los autores la relacionan con el compromiso físico y la necesidad de restaurarse cognitivamente de forma positiva para adaptarse a la nueva situación.

También identificaron que quienes se expresan más emocionalmente son las personas de género femenino; esto se puede presentar por el contexto cultural, en donde las mujeres pueden llorar y expresar libremente sus sentimientos de malestares emocionales. Llull, Zanier y García (2003), dividieron la muestra objetiva en dos grupos de 55 años o mayores, y menores de 55 años de edad, y pudieron evidenciar que los individuos mayores de 55 años fueron los que buscaron soluciones al problema.

Los pacientes que usan más estrategias de afrontamiento positivas son quienes tienen un nivel educativo mayor, ya que al parecer cuentan con diferentes recursos cognitivos y comportamentales para utilizar estrategias de afrontamiento encaminadas a la solución (Llull, Zanier & García, 2003).

Por otro lado Stiebler Leal (1993 citado por Llull, Zanier & García, 2003), indican que las estrategias de evitación como desesperanza no son favorables en el proceso de la patología del paciente, esto ya se ha identificado en anteriores estudios que comprueban que disminuyen la capacidad de adaptarse a su nuevo estilo de vida. Adicional a esto, enfermedades crónicas como el cáncer, donde en un estudio realizado a veinticinco mujeres, se utilizaron las herramientas WHOQOL- BREF, LOT-R, CSI y datos socio demográfico, identifican la

búsqueda de apoyo social en las pacientes con cáncer de mama, como estrategia de afrontamiento que permiten adaptarse y aumentar la calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1996 citado por Mora & Ortiz, 2012), y siguiendo con la calidad de vida, es un constructo formado por cada individuo según la posición que tenga dentro de un sistema donde se relacionan factores físicos, cognitivos, comportamentales, así como el contexto social, cultural, los aspectos morales y la subjetividad.

Por el contrario a la estrategia de afrontamiento relacionada con la desesperanza, mencionada anteriormente, Anadón (2006 citado por Mora & Ortiz, 2012) hace referencia a la estrecha relación entre positivismo y estrategias de afrontamiento, debido a que juntas dan solución de forma positiva a una situación negativa y son excelentes aliados porque disminuyen el riesgo de enfermedades.

En el 50.7% de los casos se identificó que la variable más utilizada en las mujeres con este síndrome es la de estrategias de afrontamiento, puesto que buscan apoyo social de familiares, amigos, compañeros de trabajo (activa) y autocrítica (pasiva). También se identificó que a mayor positivismo mejor salud psicológica, física y mayor posibilidad de adaptarse a la nueva situación. Como proceso terapéutico para estas personas se recomiendan técnicas donde ellas se sientan importantes en los diferentes contextos donde desarrollan sus actividades diarias (Haber, 2000; Mora & Ortiz, 2012).

En el estudio “Valoración de estrategias de afrontamiento a nivel ambulatorio del dolor crónico en personas con cáncer”. Según (IASP, Seattle, Washington), citado por Barragán & Rodríguez (2013), el dolor es una sensación desagradable emocional asociada a una lesión actual o potencial de los tejidos. Este estado pasa de agudo a crónico, dependiendo de la evolución de la enfermedad y de la percepción que cada individuo tenga respecto a la situación.

Las personas utilizan diferentes estrategias de afrontamiento durante el transcurso de la enfermedad, que varían de acuerdo a la etapa de la enfermedad en la que se encuentren.

Para Barragán y Rodríguez (2013), estas personas utilizan estilos de afrontamiento positivos como el auto instrucciones, que les permiten afrontar el dolor. Por el contrario, quienes asumen

las estrategias negativas tienden a agravar y elevar la sensación de dolor, esto influye en la disminución de su actividad diaria.

Para dicho estudio se utilizó el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CAD), creado por Rosenstiel y Keefe (1983), que indica que las estrategias más utilizadas por los pacientes son la categoría de esperanza, la fe y las plegarias, la reinterpretación del dolor y la distorsión cognitiva. Se evidencia como dato importante enfocar el tratamiento médico y psicológico en ayuda y fortalecimiento de los pacientes para que confíen en ellos mismos y aprendan a adaptarse al dolor.

Se identifica que las mujeres presentan una mayor incidencia de esta enfermedad. Sin embargo, es este género quién utiliza más estrategias positivas para adaptarse a la nueva condición de vida. Este tipo de patologías necesitan mucho más que un tratamiento farmacológico, pues la participación de otras disciplinas se hace fundamental (Barragán & Rodríguez, 2013).

Por otro lado los investigadores Díaz & Arango (2010), en su estudio “Clima Familiar y Afrontamiento Familiar en pacientes Oncológicos” Hernández; Fernández (1997)., identifican que la mitad de los pacientes, al enterarse del diagnóstico, reaccionan presentando episodios de trastorno adaptativos y depresivos (Kaplan, 1996 citado por Díaz & Arango, 2010).

Lo anterior lleva a que cada individuo desarrolle y ejecute su estilo de afrontamiento de acuerdo a la percepción que tiene de los estímulos internos y externos, que subjetivamente tienen un papel fundamental en su nueva etapa vital, ya que están relacionados con dolor y muerte (Bayés, 1985), citado por (Díaz & Arango, 2010).

Para el estudio en los “Servicios de Ginecología Oncológica y Medicina Oncológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, utilizaron las siguientes herramientas de clima familiar y afrontamiento: Escala de enfrentamiento y lucha activa (Ela), autocontrol y control emocional (Ace), búsqueda de apoyo social Bas, ansiedad y preocupación ansiosa Apa, pasividad y resignación pasiva (Prp), huida y distanciamiento (Hd), negación (N) Díaz y Yaringaño, (2010). Por lo cual se tomó una muestra de la población mencionada anteriormente, de diferentes géneros, estratos socioeconómicos y civiles, donde se identificó alto impacto emocional, no solo en el paciente sino en su familia, por falta de preparación para esta realidad. Adicional a esto,

cambia el estilo de vida al dedicarse al cuidado de la persona y las nuevas costumbres. Las mujeres tienden a usar la reestructuración cognitiva.

Por otro lado López y Calero (2008) relatan que en el umbral del dolor se asocia a variables demográficas como la edad, el sexo, el nivel educativo, (Gracely, 1999). También está mediado por factores psicológicos como la ansiedad Fillingham, Keefe, Light, Booker, y Maixner, 1996; Jones, Zachariae, y Arendt-Nielsen, (2003).

Moreno (2005 citado por López & Calero, 2008), evidencia que en la sensibilidad al dolor influyen estilos de afrontamientos positivos o activos como el locus de control interno, la apertura mental y el estado emocional. La afabilidad es una estrategia negativa o pasiva. Para el estudio sensibilidad al dolor, utilizaron cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) Sandín y Chorot, (2003), Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index, ASI) Peterson y Reiss, (1992) y Cuestionario «Big Five» (BFQ) (Caprara, Barbaranelli & Borgogni, 1995).

Por su parte Franco, Garcia y Picabia (2004), en la “evaluación de estrategias de afrontamiento en dolor crónico”, utilizó la muestra (CSQ), a un grupo de 205 pacientes, mostrando como indisoluble el dolor y las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes. Es así como los autores hacen un mayor énfasis en las estrategias cognitivas, evidenciando que estos individuos reestructuran los pensamientos negativos en positivos para no sentir o disminuir la sensación del dolor, y conductuales como hacer ejercicio, buscar apoyo social, entre otras.

Según, Franco, Garcia y Picabia (2004), las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas cambian el tiempo, la frecuencia y el tiempo de la sensación del dolor. Es por esta razón que se utilizaron factores de primer orden: Catastrofización, conductas distractoras, auto instrucciones, ignorar el dolor, reinterpretar el dolor; y de segundo orden: esperanza, factor excluido, fe y plegarias, distracción cognitiva.

En cuanto a las diferentes estrategias de afrontamiento que utilizan estos individuos, se concluye, de acuerdo a su percepción, que a mayor capacidad de entender y asumir una actitud positiva, más efectiva es la adhesión al tratamiento, porque el individuo busca soluciones y no se rehúsa a aceptar la patología ni a asumir su nueva condición de vida. (Franco, Garcia & Picabia, 2004).

En un estudio realizado por Stuijbergen, Seraphine y Roberts (2000); Wu, Tang y Kuok (2004 citado por Franco, García & Picabia, 2004), se menciona que los pacientes con enfermedades crónicas tienden a tener pensamientos negativos la mayor parte del tiempo, y aunque traten de cambiarlos en los momentos de dolor, la situación es compleja. Sin embargo, en quienes logran hacerlo se evidencian menores expresiones de malestar en su rostro y comportamientos.

La autoeficacia en el estudio con pacientes, Brady, et al. (1997; Fisher, 2004 citado por Franco, García & Picabia 2004), ha demostrado que es un factor relevante al momento de evaluar la adhesión en este tipo de pacientes, puesto que están dispuestos a cambiar hábitos para adaptarse a los requerimientos y costumbres características de la nueva situación.

Para Zarazaga, López y Ramírez (2016), en el artículo “evaluación de estrategias de afrontamiento en dolor crónico”, se utilizan dos escalas que evalúan las estrategias de afrontamiento en el dolor crónico del paciente, la cual depende de la utilización pasiva o activa de estrategia según sea el dolor moderado o leve, esto con la finalidad de generar manejo del dolor a nivel psicológico y la importancia de las estrategias de afrontamiento.

Por lo anterior Según Robert, et al. (2010, citado por Ortiz, et al. (2014), utilizar estrategias de afrontamiento emocional como la evitación, la reevaluación positiva, la espiritualidad/religión durante el desarrollo de la enfermedad, se convierte en un mantenedor permanente de esperanza y estabilidad emocional, puesto que dan un objetivo y propósito en la vida. Así mismo el ser partícipes de actividades deportivas, es otra estrategia de afrontamiento útil para disipar la impotencia e inestabilidad que pueda generar el desarrollo de la patología.

En relación con las diferentes enfermedades y estrategias de afrontamiento utilizados por los pacientes, se hace referencia a una de las enfermedades funcionales con una importante repercusión psicológica, el Síndrome de Colon Irritable (SII). El SII se evidencia a partir de criterios diagnósticos, “en 1976 se publicaron los primeros criterios diagnósticos de Manning: dolor abdominal que se alivia con la evacuación, evacuaciones frecuentes al inicio del dolor, evacuaciones diarreicas al inicio del dolor, distensión abdominal visible, moco en la evacuación y sensación de evacuación incompleta. Su valor predictivo positivo no excede 75%, con una sensibilidad de 78% y una especificidad de 72%. En 1998, durante el XIII Congreso Internacional de Gastroenterología se creó un comité de trabajo que desarrolló los criterios de

Roma I, 12 los cuales se modificaron en 1999 (Roma II) y 2006 de SII". Manning et al. (1978), citado por Castañeda (2010).

Como se ha mencionado anteriormente, los pioneros en indagar fueron Manning y sus colaboradores en 1978, después en Roma, año 1989 un grupo de expertos realizó cambios, luego en 1992 y finalmente en 1999 por consenso se reformaron los actualmente vigentes Criterios de Roma II. Según Thompson, Creed, Drossman, Heaton y Mazzacca (1992 citado por Balboa, Carrillo, Mínguez y Valdeperez, 2005) En cuanto a la prevalencia, varía de acuerdo a la población estudiada y el tipo de criterio que utilizan.

Los criterios de Roma II indican otros síntomas que complementan los anteriores mencionados como "dolor o malestar abdominal durante doce semanas en los últimos doce meses, esto no quiere decir que las 12 semanas tengan que ser consecutivas, adicional deben presentar 2 de las siguientes tres características: Se alivia cuando tiene una deposición, cuando inicia hay cambios en la frecuencia y/o color de las heces, y el tercer síntoma es diarrea o estreñimiento. Así mismo se indica que los mecanismos fisiopatológicos son posiblemente influidos por factores psicológicos, alteraciones en la sensibilidad visceral y en la motilidad.

Por otro lado, Estopa, Jorquera, Santos y Veiga (2014), mencionan que "el Síndrome de intestino irritable (SII), es una patología funcional, crónica y benigna que tiene síntomas recurrentes por tres meses como distensión, dolor abdominal, sensación de evacuación incompleta, eliminación de moco con las heces y síntomas extra digestivos".

Este síndrome, en países occidentales tiene un alto porcentaje de prevalencia, entre el 2,1% y el 2,3% en individuos adultos entre 20 y 40 años; mujeres en una proporción del 2/1 con respecto al sexo masculino. El 9.5% de consultas a APS es en gastroenterología, estimando un 3% del total. Se evidencian variables psicológicas, sexo, dolor en consultantes, y en los mayores de 50 años se debe descartar si presenta otros diagnósticos (Estopa, Jorquera, Santos & Veiga, 2014).

Actualmente este síndrome está considerado como multifactorial, pues los diferentes factores influyen en la disminución de la calidad de vida; por ejemplo, el psicosocial relacionado con el estrés, asume el comportamiento de una enfermedad crónica. Algunas veces puede focalizar tanto su patología que termina convirtiéndola en cancerofobia, presentando patologías psicológicas en

mayor porcentaje que la población sana. Otros factores son el dietético que puede actuar como desencadenante al someter al paciente a una dieta para identificar posibles intolerancias a productos alimenticios (Estopa, Jorquera, Santos & Veiga, 2014).

Bernstein (2002), relata que el SII, conocido como síndrome de Colon irritable, en la medida en que involucra otras partes del intestino, no solo el colon o intestino grueso, cumple con el criterio diagnóstico, cuando se tienen síntomas como dolor, distensión, estreñimiento y alteraciones en el sistema digestivo.

Los riesgos de presentar SII predominan en las personas de género femenino que han sufrido de gastroenteritis aguda, entre el 7 y el 31%. En un estudio realizado a una muestra superior a medio millón de personas y a más de 300 pacientes con gastroenteritis se concluyó que el riesgo de desarrollar SII es del 95%. Rodríguez y Ruigomez (1999 citado por Balboa, Carrillo, Mínguez y Valdeperez, 2005)

En esta misma línea Aguirrezabala et al. (2003), menciona que en España el Síndrome de Intestino Irritable tiene una prevalencia del 11.5% en la población, donde predomina esta patología en mujeres, igual que en otras investigaciones mencionadas en el transcurso del escrito, la etiología exacta es desconocida, sigue conservando relevancia el nivel en el que afecta la calidad de vida de los pacientes que padecen esta patología. “Algunos pacientes, del 10 al 20% relacionan este síndrome con los de aparición de gastroenteritis aguda.

Según Aguirrezabala et al. (2003), para diagnosticar la enfermedad se evidencia que conserve los cuatro principales síntomas de los criterios Roma II, que permite identificar la cronicidad de la enfermedad, contando con los síntomas mencionados anteriormente, padecer estos síntomas por períodos prolongados de dos o más años, y se debe descartar la posibilidad de cáncer colorrectal, este proceso lo hacen especialistas en el tema.

Sabbagh y Otero (2015), en la revista Colombiana de Gastroenterología, publican guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Tienen como objetivo brindar herramientas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes mayores de 18 años diagnosticados con síndrome de intestino irritable, de los cuales se excluyen quienes tengan tumores gastrointestinales u otra patología adicional o diferente al SII.

Según Sabbagh y Otero (2015) esta patología afecta al 11% de la población. Al tener síntomas multifactoriales, la frecuencia de visitas a la unidad de Gastroenterología es del 30% y el 12% de consultas primarias; adicional se han generado diagnósticos errados que tienen como consecuencia varias cirugías y ausencias laborales prolongadas, que afectan la calidad de vida de los individuos que padecen este síndrome.

Para hacer recomendaciones generales en el diagnóstico y tratamiento, se plantearon varias preguntas con su respectiva respuesta de síntomas, signos, exactitud en los criterios clínicos Roma III, utilidad de hacer estudios complementarios e intervenciones farmacológicas.

El SII antes de los 50 años, los pacientes conservan características particulares y después de los 50 años se descarta la posibilidad de otras enfermedades orgánicas. Según Sabbagh y Otero (2015), en la revista Colombiana de Gastroenterología (2015).

Rocha (2013), refieren que el síndrome de intestino irritable es considerado un criterio de exclusión por su sintomatología funcional, siendo cada vez más estricto en sus criterios, teniendo una prevalencia de un 5% y un 30% en la población colombiana y diagnosticada según los criterios de Roma III descritos anteriormente y primeros en ser los que determinan esta enfermedad intestinal, la cual ha evidenciado su aumento en los treinta y cuarenta años de la vida de una persona y una aparente disminución entre los sesenta y setenta años, con mayor prevalencia en la población femenina sobre la masculina y sin una discriminación racial, teniendo en cuenta el predominio del estreñimiento sobre la diarrea, o la combinación de los dos síntomas tanto estreñimiento como diarrea sin descartar la distensión y el dolor abdominal muy frecuentes en la determinación según los criterios de Roma III.

El autor menciona que el factor genético es de gran relevancia porque algunas personas han tenido antecedentes familiares de este síndrome y pueden presentar la patología en algún momento de su vida, está distorsión, según el autor puede estar asociado a la somatización de las enfermedades como Crohn, la colitis ulcerativa y la enfermedad Celíaca. “Los genes implicados SLC6A4 y a nivel de receptores de serotonina, los genes HTR2A, HRTR3A”, (Rocha, 2013). Se asume que el 10% de las personas que sufren de Gastroenteritis continúan con los síntomas de

SII. Se ha identificado que la Serotonina (5HT) es un neuro trasmisor con mayor presencia en los enterocromafines del intestino, que tiene como función transmitir motilidad y sensibilidad de otros receptores del cuerpo humano.

Según el autor, adicional a la sintomatología característica del síndrome de intestino irritable, como lo es el dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea o estreñimiento, se deben tener en cuenta los signos y síntomas de alarma en este tipo de pacientes como lo son el sangrado colorrectal o hemorragia de vías digestivas bajas, anemia ferropénica, historia de cáncer familiar de primer y segundo grado de consanguinidad, es decir mamá, papá, hermanos, tíos y abuelos, asociados la mayoría a pérdida de peso del paciente de causa no justificada que puede ser por tumores o lesiones malignos en el tracto gastrointestinal alta y baja, teniendo en cuenta estos signos de alarma, para la generación de diagnóstico adecuado del síndrome de intestino irritable.

Por otro lado, el uso de imágenes diagnósticas y procedimientos como la colonoscopia son determinantes en el diagnóstico del Síndrome de intestino irritable. Según Aponte, D.M. et al. (2013) la colonoscopia o la video colonoscopia es un procedimiento donde se examina el tracto gastrointestinal bajo, desde el recto, pasando por el sigmoide, el colon izquierdo, hasta llegar al ciego y una parte del íleon, todo esto por medio de un tubo compuesto por lentes y un sistema de videocámara proyectado hacia una pantalla y una fuente de luz. Este tiene el propósito de generar un diagnóstico de forma descriptiva y algunas veces microscópica a través de biopsias del colon, siendo este proceso común en el 50% de los evaluados en el diagnóstico. Se recomienda utilizar este procedimiento en los consultantes mayores de cincuenta años con síntomas de alarma (Rocha, 2013).

Adicional, Rocha 2013, sugiere realizar el “examen de aliento para detectar sobre crecimiento bacteriano de intestino delgado o mala absorción de carbohidratos”, posterior a la ingesta de lactosa o fructosa. Sin embargo, no es rutinaria en el contexto colombiano por la complejidad de esta técnica, con respecto a los estudios de materia fecal. La Asociación Colombiana de Gastroenterología, no recomienda hacerla en ausencia de viajes o signos específicos. En cuanto al tratamiento, el autor coincide con otros antes mencionados en que la relación médico - paciente

debe ser adecuada desde la primera consulta, haciendo énfasis en la claridad, completa y oportuna, informando el estado actual de los síntomas y/o síndromes.

Por otro lado, Rocha 2013, hace referencia al tratamiento no farmacológico, consistente en el hábito alimenticio, que es de suma importancia en el aumento de síntomas del SII. Hablamos de la dieta que el paciente realiza para mejorar el funcionamiento intestinal. Aunque no haya un estudio concreto de los alimentos que mejoren o aumenten los síntomas, se ha evidenciado que alimentos como los granos y los lácteos aumentan la distensión y dolor abdominal. Se concluye que la dieta o el buen hábito alimenticio mejoran la tasa de sintomatología en un 12% a un 50% de los pacientes; en especial la fibra y la fruta que ayudan en la mejoría de las molestias gastrointestinales, teniendo en cuenta que también influyen las respuestas de los efectos placebos en este tipo de pacientes y su relación con los factores psicológicos.

Por otro lado, según Rocha, 2013 uno de los tratamientos más efectivos en el SII es el farmacológico, utilizado para la disminución y en algunos casos la eliminación de los síntomas característicos del Síndrome. Es así como los síntomas predominantes como lo son el dolor abdominal, la distensión, la diarrea y el estreñimiento, mejoran con el consumo de medicamentos que combaten las molestias en periodos cortos y que alivian el dolor sin eliminar completamente la enfermedad funcional. Estos medicamentos farmacológicos ayudan a la funcionalidad intestinal, y son los que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla.1

Tratamiento farmacológico según síntoma predominante.

<i>Estreñimiento</i>	<i>Diarrea</i>	<i>Dolor Abdominal</i>
Fibra hioscina, (Psyllium)	Loperamida	Antiespasmódicos: Trimebutina, Mebeverina, Pinaverina, Bromuro De Otilonium
Laxantes Osmóticos: Lactosa, poli etilenglicol Estimulantes: Bisacodilo	Antagonistas 5HT3: alosetron	Antidepresivos tricíclico: desipramina
Agonistas: 5HT4: tegaserod	Antibióticos no absorbibles: Rifaximina	Antibióticos no absorbibles: rifaximina
Activadores De canales de Cloro tipo 2 Lubiprostona		Inhibidores de la re captación de serotonina: fluoxetina
Inhibidor de la Re captación de Serotonina: Fluoxetina		

En pacientes con SII que tienen síntomas predominantes, el consumo de fibra soluble (psyllium - ispaghula), tiene como objetivo la transformación de ácidos grasos, que mejoran la defecación. La fibra insoluble (salvado de trigo), alivia el estreñimiento, aunque en algunos casos puede generar distensión intestinal. Esta información es emitida por el médico cuando da las indicaciones para iniciar la dieta. Según (Rocha, 2013), uno de cada 6 pacientes muestra mejoría, y quienes no la presentan son tratados con laxantes para mejorar el tránsito intestinal. Estos laxantes han sido utilizados en personas con estreñimiento crónico. El autor refiere que se han realizado pocos estudios sobre esta opción.

Según Rocha, 2013 los pacientes con SII tienen una disminución en su calidad de vida, puesto que esta se ve afectada en el área laboral, social, familiar y personal, y a su vez incide en los aspectos afectivos y emocionales, aumentando así el riesgo severo de conducta e ideación suicida al no tener una estrategia de afrontamiento de tercer nivel que se da por el raciocinio ante el comportamiento de la persona que está siendo afectada por la problemática. Por otro lado, en el contexto médico es de gran importancia la evaluación y seguimiento del proceso de calidad de vida en cada una de las consultas, pues se ha evidenciado que a mayor afectación sintomatológica disminuye la calidad de vida del consultante.

Según Otero y Gómez, 2005 el Síndrome de intestino irritable tiene una prevalencia del 10% al 20% de la población, y ha sido diagnosticado según los criterios de Roma I y Roma II, teniendo una mayor efectividad cuando hay una buena relación y empatía médico - paciente. (Powell, 1812 citado por Otero y Gómez, 2005). Se describió por primera vez el SII en los países industrializados con una prevalencia del 10% al 15%, siendo mayor la incidencia en el género femenino que en la población masculina. Además, la situación psicológica de este tipo de pacientes, como la depresión y la ansiedad, tiene un porcentaje del 40% al 60% de los consultantes. Los porcentajes son un indicador representativo en esta enfermedad como se muestra en seguida: “En gastroenterología, representa el 38% de las consultas y en medicina general el 12% de las mismas (2), por encima de la hipertensión arterial (10%), el asma (4%) y la enfermedad coronaria (2%), (78)”.

Por otro lado, según Quigley, Eamonn MM; Craig, Orla F; Dinan, Timothy G. 2011, el Síndrome de Intestino Irritable está relacionado a comorbilidad de factores psiquiátricos. En un estudio que hicieron Chaudhary y Truelove referenciado por Quigley, Eamonn MM; Craig, Orla F; Dinan, Timothy G. 2011, el 80% de los pacientes con SII está asociado a componentes psicológicos, teniendo como principal fuente psicológica la ansiedad y la depresión, lo que indica que una de las principales causas está compuesta por las afectaciones de la psique. Es así que la ansiedad y las alteraciones de ánimo se encuentran hasta en un 60% de los pacientes con diagnóstico de SII, que asisten a consulta de medicina general y especialidad de gastroenterología.

Según Quigley, Eamonn MM; Craig, Orla F; Dinan, Timothy G. 2011, a través del tiempo se va aumentando la sintomatología en los pacientes con SII, que a la vez está muy relacionada con la dispepsia y el reflujo gastroesofágico, los cuales dan presencia de opresión en el tórax y sensación de quemazón o técnicamente llamada pirosis. A la vez se detectan síntomas de cansancio y fatiga, sin descartar los dolores de pared abdominal que muchas veces son vistos por los médicos como fibromialgia, los cuales no pueden ser explicados desde los factores psicológicos que se presentan en este tipo de pacientes. Es por esto que para determinar y cumplir con los criterios de Roma III, se deben descartar otras patologías o manifestaciones fisiológicas que no estén relacionados con la funcionalidad del intestino, y se piden exámenes como imágenes diagnósticas, paraclínicos y procedimientos endoscópico.

Por otro lado, según Quigley, Eamonn MM; Craig, Orla F; Dinan, Timothy G. 2011, los médicos especialistas en gastroenterología tienen un manejo específico en los pacientes con SII, que se enfatiza en el cuidado secundario y terciario de la enfermedad funcional. Muchas veces toman la opción de tratarlo primero con el manejo de la dieta, y segundo con el tratamiento farmacológico que mejora la funcionalidad intestinal ya mencionado antes en esta investigación. Como tratamiento farmacológico psiquiátrico, como lo es los antidepresivos que cumplen una función importante en los pacientes que presentan SII, manejando 2 aspectos uno “1. El tratamiento de depresión y desórdenes relacionados como comorbilidades y 2. La utilización de los antidepresivos en el manejo del paciente de SII que no tiene comorbilidad psiquiátrica” según Quigley, Eamonn MM; Craig, Orla F; Dinan, Timothy G. 2011 para los gastroenterólogos el manejo de las psicopatologías como por ejemplo la depresión mayor.

siguiendo a Quigley, Eamonn, Craig, Orla, Dinan y Timothy (2011), se ha evidenciado que los antidepresivos como tratamiento psiquiátrico en el SII funciona ante los antidepresivos tricíclicos en relación con el placebo generando una disminución del 30% de las molestias generadas por el SII, partiendo en las bajas dosis utilizadas en los pacientes con este Síndrome, utilizando de 10 a 50 mg de amitriptilina por día, teniendo en cuenta que se maneja el tratamiento en la sintomatología del SII a nivel efectividad en el sistema nervioso periférico y no en el sistema nervioso central, disminuyendo los efectos adversos, la dosificación es la misma que para los trastornos de ánimo, y más utilizados cuando se da síntomas psicológicos y dolores somáticos

en el paciente con el SII o en consultantes que no hayan respondido al tratamiento médico a nivel del mejoramiento en el funcionamiento intestinal que provoca el Síndrome.

Según Quigley, Eamonn, Craig, Orla, Dinan y Timothy (2011), la relación entre los niveles altos de depresión y los pacientes con SII, da paso a que los consultantes que están en plan de cuidados secundarios y terciarios pasen a un tratamiento integral, entre la terapia farmacológica indicada en la disfunción intestinal y los medicamentos en la terapia antidepresiva, mejorando en un 90% las molestias generadas por el SII según los criterios de Roma III y a su vez generar tranquilidad y mejor calidad de vida, a su vez disminuir el número de consultas a especialistas como lo es gastroenterología y procedimientos e imágenes para diagnóstico y seguimiento de los pacientes con SII.

Según Blanchard (2001 citado por Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso, 2003), los pacientes con SII tienen mayor prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de angustia, al contrario de los pacientes que no tengan el diagnóstico de SII, al igual que los consultantes con este Síndrome tienden a presentar trastornos de somatización y depresión mayor (Lydiard, 1992; Walker, Roy-Byrne, Catón, Li, Amos y Jiranek, 1990, referenciado por Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso, 2003) otro de las manifestaciones psicológicas más frecuentes en este SII es la cancerofobia y miedos a enfermedades malignas que puedan atentar con su salud, lo que hace que el consultante asista a varios especialistas con gran angustia y alta necesidad de ayuda.

Continuando con la relación psicológica y el SII, se dice según Creed, Craig y Farmer (1988 citado por Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso, 2003), más del 50% de los pacientes que presentan SII, aumentan la sintomatología cuando presentan factores estresantes de la vida cotidiana, tanto en lo laboral, familiar, personal y social, además en un estudio realizado por Drossman et al. (1988) se evidencia que los pacientes que requieren intervención médica tienden a incrementar sus síntomas con los factores estresantes y que los obliga a asistir de forma continua al servicio médico, al contrario de los pacientes que no requieren intervención médica y que tienen una mentalidad positiva que genera un mejor afrontamiento en los factores estresantes.

Los probióticos son microorganismos que se agregan a los alimentos y algunas veces pueden ser benéficos para aliviar los síntomas de SII, porque mantienen el equilibrio y la función gastrointestinal. Los estudios realizados se consideran en parte efecto placebo, adicional por la heterogeneidad en especies, preparaciones y dosis, son libres de efectos adversos para el proceso y tratamiento de esta patología. De esto se deduce que hay un vínculo fuerte entre la parte psicológica en relación a la estructura fisiológica, que puede disminuir en gran parte la molestia o el síntoma que está afectando al paciente con este síndrome y que logra desestabilizar su parte homeostática afectando su calidad de vida y su parte de relaciones psicosociales.

Los autores Sabbagh y Otero (2015), relatan que se evaluó la efectividad de estrategias como el efecto placebo, la dieta FODMAP, la fibra, la acupuntura, la hipnoterapia, la homeopatía. En unas más que en otras, se encontraron avances positivos en los síntomas generales.

Cabe notar que no existe información sobre la posibilidad de curar el SII, sin embargo, en el proceso terapéutico el médico da pautas para mejorar las dietas, le anima a controlar el estrés y a tomar medicamentos, reduciendo así la posibilidad de síntomas agudos y abriendo la posibilidad de incluir los procesos de atención psicológica como parte de los tratamientos interdisciplinarios para la problemática en mención.

En cuanto a recomendaciones dietéticas, como uno de los tratamientos para esta problemática funcional, se recomienda que cada individuo conozca su intolerancia a determinados alimentos; algunos expresan que los lácteos, el alcohol, las grasas, pueden ser desencadenantes de los síntomas Aguirrezabala et al. (2003). El equipo médico recomienda nutrirse con alimentos ricos en fibra para aliviar el estreñimiento. Aguirrezabala et al. (2003) no relata tratamientos farmacológicos, pero sí la alta prevalencia del efecto Placebo (media 47%) en los ensayos clínicos, concluyendo que “el tratamiento farmacológico, debe orientarse a paliar síntomas predominantes”.

Por otro lado Morris y Yates (1998, citado por Estopa, Jorquera, Santos & Veiga, 2014). Hablan de otro factor desencadenante del SII y se refiere al factor genético, a través un estudio a 600 gemelos, en el que se concluye que en el 58% de los casos tiene responsabilidad el control genético. Otros factores pueden ser alteraciones de la movilidad intestinal, hipersensibilidad visceral, hiperreactividad del músculo liso.

Los autores antes mencionados hacen referencia a la recomendación que se les da a los consultantes de modificar su estilo de vida; haciendo ejercicio si el síntoma es estreñimiento, guardar reposo en caso de tener diarrea y calor local si presenta dolor abdominal. El tratamiento psicológico puede ser el más eficaz mediante una relación positiva entre médico y enfermo, pues debe generar confianza al paciente para ofrecerle educación y tranquilidad, haciendo una minuciosa verificación del motivo de consulta, posibles causas, síntomas, desencadenantes dietéticos, farmacológicos, psicológicos, factores estresantes en el contexto del paciente o comorbilidad con otra enfermedad.

Para Brandt, et al. (2009 citado por Castañeda 2010), el SII representa altos costos directos e indirectos. En Estados Unidos consume más de 20.000 millones de dólares. Este síndrome es comparado equitativamente con patologías como la diabetes y enfermedades renales crónicas.

Para conocer el proceso fisiológico del intestino y la relación que puede tener con lo psicológico, es necesario evidenciar lo siguiente: el intestino grueso es el tubo terminal del tubo digestivo, su función es absorber, almacenar, transportar y evacuar la materia fecal. Al hacer esto compromete otras áreas del cuerpo como los nervios que reciben información automática simpática y parasimpática, y las hormonas. Fernández (1989), al ralentizar el tránsito del intestino se produce el estreñimiento; al haber obstrucción funcional se presenta la distensión que estimula los receptores del dolor, el tener baja tolerancia rectal a la distensión produce la diarrea (Benages & Ridocci, 1987 citada por Fernández, 1989).

La anterior explicación se queda corta al momento de revisar ampliamente los síntomas generales del síndrome de intestino irritable, porque no se identifica claramente el alcance de las bases fisiológicas y/o psicológicas presentes en la patología. Los cambios de la motilidad intestinal podrían ser de naturaleza psicológica, de acuerdo al condicionamiento Pavloviano. (Chudary & Truelove, 1962; Cara, Baun & Pappas, 1970; Miller, 1977 citados por Fernández, 1989).

Por otro lado Rocha, 2013 refiere que se han hecho estudios de medicinas alternativas, especialmente las medicinas chinas, y del comportamiento que pueden tener los pacientes que las utilizan. Sin embargo, los resultados no arrojan de forma clara ni asertiva el nivel de efectividad. De otra parte, el efecto de tóxicos hepáticos en el organismo demanda largos procesos de

investigación para evidenciar las consecuencias adversas idiosincráticas de este tipo de medicina. En cuanto a la acupuntura no se han emitido estudios con la confiabilidad y validez para ser practicados en el proceso de aceptación, manejo o recuperación del Síndrome de Intestino irritable. Teniendo en cuenta que este tipo de terapias son emitidas por profesionales de diferentes enfoques, según el autor, no son las ideales.

A partir de la gran relación fisiológica y psicológica en pacientes con SII, descrita anteriormente, es importante el trabajo inter disciplinario entre el equipo médico y el equipo psicológico, ya que una perspectiva más integral del tema relaciona la conexión que hay entre el SNC y el SN Entérico, conocido como cerebro – intestino, teniendo alta interconexión entre fibras nerviosas y neurotransmisores. Como sabemos el intestino es sensitivo y los humanos combinamos las sensaciones con las emociones. Para este acompañamiento Bernstein (2002), dice que la terapia cognitivo conductual de A. Beck permite poner en práctica la psicoeducación, entrenamiento en relajación y reformulación cognitiva, para identificar creencias e interrumpir el círculo vicioso en el que se encuentra el individuo.

Para Fernández (1989), confirma la hipótesis que los pacientes con síndrome de intestino irritable presentan una conducta aprendida, dentro de un patrón de conducta neurótica. A diferencia de otros individuos, estos tienen tres tipos de conductas, fisiológicas, verbales y motoras, características de la patología.

Según, Latimer (1983; Whitehead 1985 citados por Fernández, 1989), las terapias utilizadas para el SII, son las que manejan el estrés: relajación, desensibilización sistemática, biofeedback y técnicas de afrontamiento.

No se conoce científicamente el origen de esta patología; aún no se sabe con certeza si es genético, puesto que en la mayor parte de personas adultas que asisten a consulta por este motivo, se presenta una repetición de la misma anomalía en sus hijos.

Otra estrategia que debe emplearse dentro del proceso, especialmente cuando este se da de forma personalizada y a largo plazo es el registro diario de pensamientos disfuncionales, para

identificación de distorsiones cognitivas, como sobre generalización, lectura del pensamiento, predicciones negativas, maximización – minimización, descalificación de lo positivo, entre otras (Bernstein, 2002).

Empleando la clasificación del DSM- IV, Bernstein (2002), sugiere asignarlo a la categoría de “otros problemas que pueden ser objetos de atención clínica”, y se clasificarían en el eje I síntomas de depresión u otros y en el eje III síndrome de intestino irritable. De igual manera el autor hace referencia a la triada intestinal (Ausencia de cambios estructurales, dolor abdominal, hábitos intestinales alterados), acompañados de síntomas secundarios, como náuseas, migrañas, entre otros.

Por lo cual actualmente no se conoce el número exacto de personas que acuden al médico por esta causa, siendo esta patología común en la población en general en alguna época de su vida. En países occidentales predomina la consulta al médico por este motivo en el género femenino, y en el oriente asisten a consulta más individuos de sexo masculino, Bernstein (2002).

Estos consultantes tienden a presentar mayor ausencia laboral, ocupando el segundo motivo después del resfriado común, ya que por no conocer la causa exacta del síndrome, acuden repetitivamente al médico a la menor sensación de malestar; es por esta razón que se envían a otros especialistas para descartar la posibilidad de presencia de otras patologías, con el consecuente de utilizar medicamentos y desarrollar cancerofobia (Bernstein (2002).

Mendoza, Martínez y Rivas (2012), hicieron un estudio en la ciudad de México a 15 pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable, y concluyeron que el factor emocional es de gran importancia, pues el 87% de ellos presentó alteración en su estado emocional. Por tanto se reconoce que en los casos de SII su causa es multifactorial, pero no se ha determinado el impacto del factor psicológico en su desarrollo y mantenimiento.

Gonsalkorale, Houghton y Whorwell (1998 citado por Martinez & Rivas, 2012), mencionan que algunas de las estrategias a nivel psicológico son las relacionadas con hipnoterapia, que se constituyen en una buena alternativa para controlar el estrés e incrementar el umbral del dolor al ser un post-tratamiento y pocos pacientes necesitaron nuevamente sesiones para superar recaídas.

De igual manera Guthrie, et al. (1991 citado por Martínez & Rivas, 2012), menciona el apoyo con técnicas conductuales donde el individuo escucha grabaciones de relajación, mostrando gran mejoría en los síntomas abdominales como en el efecto de la patología. Así mismo emplean dentro de las estrategias el “contrato de contingencias” con el propósito de que el paciente evitara o extinguiera conductas que le hacían sentir los síntomas recurrentes y lo compara con el efecto placebo.

La terapia de Aceptación y compromiso también se emplea para la atención psicológica en este tipo de casos y consiste en que la persona detiene sus esfuerzos, viviendo cada momento de la vida significativamente de acuerdo a sus principios y valores, es decir que el mismo cliente transforma la situación y la relación con ellos (ACT) (Rodríguez, 2002 citado por Martínez & Rivas, 2012).

En el tratamiento, desde el primer momento la relación médico – paciente debe ser de confianza, para que tanto el profesional como el paciente puedan expresar fácilmente las causas y desencadenantes de los síntomas, aclarar las dudas, miedos y efectos secundarios, haciendo énfasis en la no gravedad de la patología, mencionado por Aguirrezabala et al. (2003)

Actualmente mencionan hipnoterapia, psicoterapia y técnicas de relajación como opciones para el tratamiento, cuando los síntomas psicológicos exacerban los síntomas. Sin tener antecedentes de cuál es mejor que la otra en casos específicos, el SII no se puede tener en el grupo de enfermedades 100% psicósomáticas. La relación e interacción entre respuestas motoras y viscerales hacen parte de la psicopatología presente. Según, Aguirrezabala et al. (2003).

Ortega, et al. (2006), en el “estudio piloto sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual/Exposición interoceptiva en el tratamiento del síndrome del intestino irritable”, dan a conocer la eficacia que tuvo este tratamiento en los pacientes, teniendo en cuenta que los síntomas orgánicos están directamente relacionados con las emociones. En el estudio se utilizaron varias herramientas desde las diferentes áreas involucradas como la psiquiatría. Se tuvieron en cuenta criterios de exclusión, de grupo experimental y de control. Los resultados obtenidos en la investigación son que la terapia cognitiva- conductual, muestra eficacia en el “33% para el estreñimiento y el 58% en la sensación de evacuación incompleta”. Estudios similares han

mostrado resultados positivos, como por ejemplo: La técnica de relajación muscular progresiva, (Blanchard, et al., 1993 citado por Ortega, et al., 2010).

La investigación hecha por Boyce, et al. (2003), sugiere que la técnica cognitivo conductual puede ser más eficiente que los actuales tratamientos farmacológicos con propuesta de dietas. En este proceso terapéutico se aplicaron varias técnicas en ocho sesiones, con temas como educación, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva., según (Ortega et al., 2010).

.Tal como lo sugiere Vinaccia, et al. (2005), la calidad de vida en los pacientes con SII, hace énfasis al conjunto de factores que se encuentran implicados en la subjetividad del paciente, como son: La propia percepción de su salud, el control de los síntomas, los diferentes tipos de tratamiento, los cuales pueden ser evaluados por cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud.

Con respecto a lo anterior, para la OMS (s.f. citado por Núñez, et al., 2010), Salud mental definida como “el bienestar afectivo, emocional y cognitivo, ya que generan equilibrio en el individuo permitiendo un mejor desempeño en el desarrollo de sus competencias y productividad en los diferentes contextos donde desarrolla sus actividades diarias. Zickmund (1993 citado por Núñez, et al., 2010), la biología humana, el estilo de vida y medio ambiente, porque son un conjunto de factores importantes para el bienestar físico, mental y emocional de las personas.

Según, Palma y Renato (2002), en países Occidentales, India y China entre el 15 y 20% de la población presentan patologías gastrointestinales y 3 de 10 personas acuden a atención médica, en el 5% (minoría), se evidencia síntomas persistentes que interfieren en sus actividades diarias, con consecuencias como invalidez social. El autor de este artículo relata características importantes como el abuso físico, psicológico y/o social, haciendo énfasis en recomendaciones para lograr entablar una buena relación médico – paciente, como son: Hacer un diagnóstico positivo y no por exclusión, para identificar y priorizar los exámenes a solicitar, esforzarse por obtener información acerca de los factores psicosociales involucrados, percepción, creencias y expectativas que tiene el paciente frente a su enfermedad, el rol que

asume en su entorno, elementos de conducta, rol de la familia y su red social. De otra parte, Palma refiere que las disfunciones Psicológicas no están asociadas con los síntomas digestivos, sino más bien con la necesidad de buscar ayuda profesional, el comportamiento de dichos pacientes obedece a pautas de conducta instauradas en la infancia por parte de sus padres o cuidadores, sin hacer caso omiso a los factores genéticos.

Cornejo y Villarreal (2005), en estudio realizado con 282 pacientes internados en los servicios de medicina y cirugía, al analizar la prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos (SII), la depresión y la relación entre ellos, utilizando Criterios de Roma II e Inventario de Beck, se identifica que están asociados significativamente, donde los factores Psicosociales son de mayor relevancia en la etiología del SII, teniendo en cuenta la población estudiada estos síntomas se mantienen con mayor porcentaje en pacientes de estrato socioeconómico bajo, ya que tienen un nivel de instrucción y comprensión menor, por su estilo y calidad de vida.

Respecto al proceso psicológico en este síndrome se han estudiado diferentes tipos de psicoterapias que abarcan todos los enfoques de forma paradigmática, y que intervienen en el tratamiento integral de la enfermedad. Estas terapias psicológicas como el conductismo, el humanismo y el psicoanálisis son las más utilizadas para diferentes enfermedades, enfocadas en la parte emocional, afectiva y a factores estresantes que afecten o alteren la parte fisiológica del paciente, generando riesgo de aumento de la sintomatología que produce la enfermedad. En este caso, en el Síndrome de Intestino Irritable, la efectividad es alta en comparación al efecto placebo, es por esta razón que el manejo integral farmacológico y psicológico genera una mejor adhesión al tratamiento ante la patología.

Por ultimo según Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso (2003), se ha estudiado que los procesos cognoscitivos tiene gran importancia en las afectaciones fisiopatológicas tanto en la salud mental como en la salud física.

Por lo descrito anteriormente el factor psicológico tiene gran importancia en el SII, por lo cual según Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso (2003), determina que el SII es un trastorno donde

no hay una causa orgánica que determine el Síndrome, lo que hace que no haya una claridad fisiopatológica, dando paso a la determinación diagnóstica a través de pautas comportamentales y manifestaciones verbales sobre los síntomas del Síndrome, y sus afectaciones psicológicas las cuales se han descrito en diferentes estudios donde factores estresantes, abuso sexual, la personalidad y los trastornos psicopatológicos, tiene una gran importancia e influencia en esta enfermedad (Benasayag, Feixas y Mearin, 2002; Drossman, Creed, Olden, Sveldung, Toner y Whithead, 1999; Gutman, 2003, referenciado por Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso, 2003).

Por lo tanto y al igual que el factor psicológico las estrategias de afrontamiento juegan un papel importante en la conducta psicológica que de alguna forma afecta la sintomatología que da el SII, y tomando como referencia las estrategias que se utilizan en diferentes enfermedades crónicas como lo mencionan en Stuifbergen, Seraphine y Roberts (2000); Wu, Tang y Kuok (2004 citado por Franco, García & Picabia, 2004) y teniendo en cuenta patologías como el cáncer mencionado en (IASP, Seattle, Washington), citado por Barragán & Rodríguez (2013) y los pacientes con insuficiencia renal crónica mencionado por Cassaretto y Paredes (2006), se estudia las estrategias de afrontamiento en los pacientes con SII, generando la posibilidad de un tratamiento integral médico-psicológico.

Metodología

Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo exploratorio. Los estudios descriptivos según Hernández, Fernández y Baptista (2014), busca establecer de una forma concreta las características, rasgos personales, conjunto, población o situación que son objeto de análisis. Cabe aclarar que únicamente está hecha para la recolección y la medición de información de las diferentes variables. El segundo tipo de investigación está orientado a indagar sobre un tema no estudiado ni explorado de una problemática novedosa. Son así los dos métodos más acordes para esta investigación, abordando el contexto psico biológico y al mismo tiempo creando espacios para herramientas futuras que permitan una adecuada intervención.

De otra parte, los estudios descriptivos permiten la medición de variables independientes en función de un objetivo específico (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). La medición de las estrategias de afrontamiento en los pacientes con síndrome de intestino irritable con la finalidad de futuros tratamientos interdisciplinarios médico-psicológico. Este tipo de investigación es recomendable aplicarla en un ambiente natural sin que el paciente se sienta objeto de experimento (Hernández, Fernández & Bautista, 2010 citado por (Bula, Mesa & Monsalve, 2013) y referido por un consenso latinoamericano sobre Síndrome de Intestino Irritable; Zalar, 2004).

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), los estudios exploratorios tiene como objetivo principal estudiar una temática o un problema novedoso. Como preámbulo a una investigación, se parte de una hipótesis inicial que soporte la nueva teoría. Se recomienda emplearla en temáticas o problemas no investigados, según (Cazau, 2006).

Aunque el Síndrome de Intestino irritable es investigado por las ciencias médicas, se desconocen las estrategias de afrontamiento de los pacientes con este Síndrome, dejando atrás el factor psicológico, que permite un equilibrio biopsicosocial y a la vez una buena calidad de vida del paciente.

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional con 51 pacientes de género masculino y femenino con edades promedio de 18 a 80 años, con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, provenientes de diferentes lugares de Cundinamarca y que asisten al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario la Samaritana en la ciudad de Bogotá. A continuación se mencionan los criterios de inclusión a la muestra:

- Pacientes mayores de 18 años
- Diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable ambulatorio y hospitalizados.
- Pacientes que acepten participar, continuar, retirarse y/o terminar el proceso de investigación sin ninguna implicación legal para ellos.

Instrumentos

1. Entrevista antes de la realización de consulta o procedimiento: Se realiza una entrevista semiestructurada, donde se indaga la sintomatología del SII y la participación voluntaria en la investigación después de una explicación previa.
2. Recolección de datos demográficos: Se construye una ficha sociodemográfica el cual consta de 22 ítems con múltiples opciones de respuesta de los cuales ésta: sexo, edad, estrato socioeconómico, hijos, nivel educativo, ocupación, entre otros, que ayuda a identificar los factores psicosociales del paciente y su relación con las estrategias de afrontamiento investigadas en este trabajo.
3. Escala de Estrategias de Copping (EEC-R): Para este estudio se utilizó la Escala de Estrategias de Copping Modificada (EEC-M) Londoño, N. H., et al., (2006) en la versión de Chorot y Sandín (1993), para el proceso de validación en Colombia se indago a 20 personas donde se verificó claridad, comprensión y alcance en los estilos de afrontamiento utilizados por los individuos en situaciones de estrés, al aplicar el instrumento el grupo de investigadores

evidenció que era necesario incluir otras estrategias de afrontamiento que evaluaron “factores cognitivos, comportamentales y emocionales”,

La prueba en su versión inicial constaba de 14 componentes y 98 ítems, después del análisis se generó el nuevo instrumento que tiene 69 ítems y los siguientes doce 12 factores (Londoño, et al., 2006):

Factor 1. Solución de Problemas: entendida como la secuencia de acciones dirigida a resolver una situación o problema, requiere planeación y asertividad en el momento de actuar.

Factor 2. Apoyo social: Relacionado con las redes de apoyo familiar, laboral y social que tenga el individuo, las cuales generan afecto, crean autoestima, disminuye el nivel de estrés, ayuda a mantener el bienestar físico y mental.

Factor 3. Espera: De tipo comportamental, el sujeto asume una actitud pasiva con expectativa positiva, piensa que la situación pasará o se eliminará con el tiempo.

Factor 4, Religión: La creencia en un ser supremo, poderoso se asume como estrategia para tolerar o solucionar un problema, por esta usan el rezo y la oración (Lazarus & Folkman, 1987 citado por Londoño, et al., 2006).

Factor 5, Evitación Emocional: Dirigida a auto controlar las emociones, ocultándose o evitándose. (Fernández – Abascal & Palmero, 1999 citado por Londoño, et al., 2006).

Factor 6, Apoyo Profesional: El buscar conocimiento y apoyo le ayuda a mejorar la situación, de acuerdo al contexto social y cultural donde se encuentra. (Lazarus & Folkman, 1987 Citado por Londoño, N. H., et al., 2006).

Factor 7, Reacción Agresiva: Respuesta impulsiva ante el sentimiento de ira que usan algunas personas para disminuir el nivel de estrés, puede ser hacia el mismo o su entorno. (Lazarus & Folkman 1986 Citado por Londoño, N. H., et al., 2006).

Factor 8, Evitación Cognitiva: Utiliza recursos que generen distracción para no pensar en el problema, también se relaciona con la no aceptación del problema. (Fernández – Abascal & Palmero 1999 Citado por Londoño, N. H., et al., 2006).

Factor 9, Reevaluación Positiva: Busca rescatar todo lo positivo de las situaciones para superar y tolerar de manera propia la problemática, es una estrategia activa. (Fernández – Abascal & Palmero 1997 Citado por Londoño, N. H., et al., 2006).

Factor 10, Expresión de la Dificultad de Afrontamiento: Catalogada como estrategia previa a otras porque al expresar sus emociones busca solucionar o tolerar su situación con factores externos y no propios. Londoño, N. H., et al., (2006).

Factor 11, Negación: Actúa como si la problemática no existiera. (Fernández – Abascal & Palmero 1997 Citado por Londoño, N. H., et al., 2006).

Factor 12, Autonomía: Busca alternativas propias para solucionar o tolerar su situación, sin tener en cuenta las personas que hacen parte de su red de apoyo. Londoño, N. H., et al., (2006).

Las estrategias de afrontamiento de Copping se trabaja en el campo de la psicología clínica asociado a mejorar el malestar emocional a través de herramientas conductuales y cognitivas que ayudan a la persona a afrontar su situación, específicamente se focaliza en la problemática para generar una modificación a través de las estrategias utilizadas por el paciente, esta escala fue construida por Endler y Parker en 1990 y se utilizó básicamente para evaluar afrontamiento en el área de tarea, emoción y evitación, luego en 1993 se desarrolló una escala de Copping modificada y creada por Charot y Sandín y se dividieron por 9 escalas: Focalización en la situación problema, Autocontrol, Reestructuración cognitiva, Búsqueda de apoyo social, Religión o espiritualidad, Búsqueda de apoyo profesional, Auto focalización negativa, Expresión emocional abierta y Evitación, compuesta por 69 ítems y 5 opciones de respuesta, según, (Londoño, et al., 2006).

Procedimiento

Determinación de la muestra:

Se recolecta la muestra a todos los pacientes con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable vistos en la consulta de gastroenterología del Hospital Universitario la Samarita en un periodo de 2 meses.

Criterios de inclusión:

Se determina el criterio de inclusión teniendo en cuenta:

- Paciente mayor de 18 años con diagnóstico de síndrome de intestino irritable.
- Participación voluntaria.

Se determina el criterio de exclusión teniendo en cuenta:

- Pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica.
- Hallazgos patológicos malignos, como tumores gastrointestinales.
- Pacientes con antecedentes de alteraciones cognoscitivas.

Se realiza la recolección de datos teniendo en cuenta:

- Se recolectaran los datos a pacientes que asistan a consulta de gastroenterología del HUS.
- Escala de estrategias de Afrontamiento Copping, validada en Colombia que consta de 12 factores y 69 ítems.
- Ficha sociodemográfica para recopilar variables como género, edad, estado civil, nivel educativo.

El plan de análisis se dará teniendo en cuenta:

- Se realizará el análisis de las variables demográficas a través de medidas de tendencia central según la naturaleza de las variables (nominal, ordinal, intervalar y de razón).
- Para la información obtenida a través de la Escala Copping, se emplearán estadísticos de tipo descriptivo, dando respuesta a los objetivos de la presente investigación.
- Programa estadístico SPSS 21.0

Consentimiento informado:

Se explica el propósito de la investigación, así como los aspectos éticos y se realiza la lectura del consentimiento informado a quienes deseen participar, se continúa con la aplicación de los instrumentos, donde cada individuo responde de manera individual y cuando lo requirió tuvo asesoría de los investigadores, la duración aproximada de la aplicación de los instrumentos fue de 30 a 40 minutos.

Resultados

Para exponer los resultados de este estudio se presentara una serie de tablas donde se identifican características demográficas de la muestra y las diferentes estrategias de afrontamiento que se dan en presencia de la sintomatología del Síndrome de Intestino Irritable, además de la interpretación de cada una de ellas de modo cuantitativo.

El estudio estadístico que se realizará será descriptivo paramétrico, ya que se hará una medición con datos de distribución normal, de variables ordinales y nominales que nos permite obtener resultados como frecuencias con sus respectivos porcentajes. Los criterios para tomar dicha decisión se deriva en este caso en el avance de los objetivos establecidos en el proyecto.

Tabla 2.

Características Con quien vive e hijos

Con quien Vive	F	%	Hijos	F	%
Pareja	17	33,3	0	2	3,9
Hijos	10	19,6	1	29	56,9
Pareja e hijos	11	21,6	2	10	19,6
Padres	2	3,9	3	7	13,7
Padres y Hermano	1	2,0	4	3	5,9
Hermanos	1	2,0			
Nieta	1	2,0			

La tabla número 2 mostró que el 33.3% de la población convive con su pareja, el 21.6% con la pareja e hijos, el 19.6% con hijos, el 15.7% solos, el 3.9% con los padres y las menores puntuaciones corresponden a un 2% que conviven con nieta, hermanos, padres y hermano.

Con respecto al número de hijos la mayor puntuación es 56.9% con un solo hijo, el 19.6% corresponde a 2 hijos, seguido del 13.7% con 3 hijos, en las puntuaciones menores se evidenciaron, con un porcentaje del 5.9% con 4 hijos y el 3.9% sin hijos.

Tabla 3.

Características Estrato Socioeconómico y Nivel Educativo

Estrato socioeconómico	f	%	Nivel educativo	F	%
1	28	54,9	Primaria	31	60,8
2	21	41,2	Bachiller	15	29,4
3	2	3,9	Técnico	2	3,9
4	0	0%	Universitario	2	3,9
					2,0

El estrato Socioeconómico se identificó que el mayor porcentaje con un 54.9% es estrato 1, seguido del estrato 2 con un 41.2%, el estrato 3 corresponde al 3.9%, con la menor puntuación.

En nivel educativo primaria puntúa con un 60.8%, seguido de bachiller con un 29.4%, un 3.9% correspondiente a técnico y universitario, con una menor puntuación del 2% de otro.

Tabla 4.

Características estado civil y ocupación

Estado civil	F	%	Ocupación	F	%
Soltero	10	19,6	Estudia	1	2,0
Casado	19	37,3	Trabaja	20	39,2
Unión libre	10	19,6	Labora hogar	26	51,0
Divorciado	4	7,8	Desempleado	4	7,8
Viudo	8	15,7			

En estado civil, predomina casado con un porcentaje del 37.3%, seguido de unión libre y soltero con un porcentaje del 19.6%, continua viudo con un porcentaje de 15.7%, mientras que el porcentaje más bajo con el 7.8%.

También se evidenció que la ocupación con mayor puntuación fue 51% están en el hogar, seguido del 39.2% que trabajan, el 7.8% desempleados y el 2% están estudiando.

Tabla 5.

Característica Descripción de la edad.

Edad	Porcentaje
Media	52,55
Mediana	50,00
Moda	51
Mínimo	28
Máximo	72

En la tabla 5 se identificó la edad con una media y un mediana de edad de 51 años, una moda en la edad 52, una mínimo de edad 28 y un máximo de 72 años.

Tabla 6.

Características Género

Sexo	F	%
Masculino	12	23,5
Femenino	39	76,5

Predomina el género femenino con el 76,5%, seguido del masculino con un 23,5 %.

Tabla 7.

Descripción Actividad Tiempo Libre

Actividad Tiempo Libre	F	%
Asiste algún curso	5	9,8
Asiste algún grupo	4	7,8
Nada	3	5,9
Negocio Casero	5	9,8

Ocio: Dormir Tv	13	25,5
Otro	5	9,8
Visita Familiares	13	25,5
Visita a Familiares	3	5,9
Ocio y/o dormir		

La mayor puntuación corresponde al 25,5 % ocio y visitas familiares, seguido de 9,8% asisten a algún curso, negocio casero, otro, continua el 7,8 asisten a algún grupo, el 5,9 se evidenció como puntuación menor con los ítems visitar a familiares, dormir o no hacer nada.

Tabla 8.

Características Con quien vive e hijos

Factores de Protección	F	%
Apoyo Económico	9	17,6
Apoyo Familiar	37	72,5
Ap. Familiar Econ.	1	2,0
Apoyo Social	4	7,8

También muestra que los factores de protección más utilizados son apoyo familiar con el 37%, apoyo económico con el 9%, seguido de apoyo familiar con el 4% y por ultimo apoyo familiar y económico con el 1%.

Tabla 9.

Características de Factores de Riesgo

Factores de Riesgo	F	%
Ansiedad	7	13,7
Ansiedad – Estrés	4	7,8
Ansiedad Estrés y Miedo	1	2,0
Ansiedad Miedo, Estrés, Dolor.	1	2,0
Bajos Ingresos	3	5,9

Económicos		
Depresión	6	11,8
Depresión y Ansiedad	1	2,0
Depresión y Estrés	3	5,9
Depresión,	2	3,9
Ansiedad y Estrés		
Depresión,	1	2,0
Ansiedad, Estrés,		
Ira y Miedo		
Depresión, Estrés y	1	2,0
Bajos Ingresos		
económicos.		
Depresión, Estrés y	1	2,0
Miedo		
Desempleo	1	2,0
Estrés	14	27,5
Miedo	4	7,8
Sin Factores	1	2,0

En los factores de riesgo las mayores puntuaciones correspondieron a estrés con el 27,5%, ansiedad con el 13,7% seguido de depresión 11,8, ansiedad-estrés y miedo con el 7,8%, continúan bajos ingresos económicos, depresión y estrés con 5,9%, las puntuaciones menores son del 3,9% depresión, ansiedad, estrés y con el 2,0% ansiedad, estrés, miedo y depresión, ansiedad, miedo, estrés y depresión, depresión y ansiedad, depresión ansiedad, estrés, ira y miedo, depresión, estrés y bajos ingresos económicos, depresión, estrés y miedo, desempleo y sin factores.

Tabla. 10
Factores de afrontamiento

Variable	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Total	%
Factores								
Solución de problemas	41	80.4	9	17.6	1	2.0	51	100.0
Búsqueda de apoyo social	31	60.8	17	33.3	3	5.9	51	100.0
Espera	20	39.2	28	54.9	3	5.9	51	100.0
Religioso	44	86.3	7	13.7			51	100.0
Evitación Emocional	16	31.4	23	45.1	12	23.5	51	100.0
Búsqueda de apoyo Profesional	46	90.2	3	5.9	2	3.9	51	100.0
Reacción agresiva	8	15.7	21	41.2	22	43.1	51	100.0
Evitación cognitiva	24	47.1	22	43.1	5	9.8	51	100.0
Reevaluación positiva	19	37.3	27	52.9	5	9.8	51	100.0
Expresión de la dificultad de afrontamiento	1	2.0	43	84.3	7	13.7	51	100.0
Negación	23	45.1	2	39.2	8	15.7	51	100.0
Autonomía	1	2.0	37	72.5	13	25.5	51	100.0

Factor 1: Solución de problemas, entendida como el proceso cognitivo que tiene un individuo cuando planea y ejecuta acciones direccionadas a dar solución a un problema de la manera y en el momento oportuno, puntúan en alto 80.4% en medio 17.6% y bajo 2.0%.

Factor 2: Apoyo Social, interpretada como el afecto que la persona recibe de sus familiares y amigos para aceptar o tolerar la situación, también hace parte de este factor las redes sociales, porque aportan a mejorar la calidad de vida al aumentar bienestar físico y mental, puntuó en alto 60.8%, medio 33.3% y bajo 5.9%.

Factor 3: Espera, definida como estrategia cognitivo comportamental porque el individuo no hace nada por resolver el problema, el cree que todo pasa y se solución de forma positiva, en la que puntuaron en alto 39.2%, medio 54.9% y bajo 5.9%.

Factor 4: Religión, el creer que hay un ser supremo paternalista es una estrategia utilizada por individuos para tolerar o ayudar en casi todas las situaciones estresantes, utilizando como medio el rezo y la oración, en este factor la puntuación alta fue 86.3% y media de 13.7%.

Factor 5: Evitación Emocional, denominado así por la inhibición de sentimientos y el ocultar las emociones consideradas como negativas para no exteriorizar sus emociones por temor a que no sean aceptadas socialmente. en este factor la puntuación alta fue 31.4%, media 45.1% y baja 23.5%.

Factor 6: Apoyo Profesional, conocido como la utilización de recursos profesionales disponibles para solucionar los problemas, direccionado a lo social ya que al sentir que no posee la capacidad de afrontar la situación acude a recursos externos, en este factor la puntuación alta fue 90.2%, media 5.9% y baja 3.9%.

Factor 7: Reacción agresiva, se refiere a la manera impulsiva como es expresada la emoción de la ira, para mostrar la inconformidad que el individuo tiene hacia el mismo, una situación o hacia los demás, la puntuación alta fue 15.7%, media 41.2% y 43.1% baja.

Factor 8: Evitación Cognitiva: Busca distracciones y actividades que no tengan ninguna relación con la situación o problema actual, esto con el objetivo de evitar los pensamientos negativos, en este factor puntúa alto 47.7%, medio 43.1% y bajo 9.8%.

Factor 9: Reevaluación Positiva, definida como estrategia de desarrollo personal, donde el optimismo es de gran relevancia, ya que el individuo ve lo bueno de la situación para lograr el objetivo que es salir del problema sin distorsionar la realidad, puntuó en alto 37.3%, medio 52.9% y bajo 9.8%.

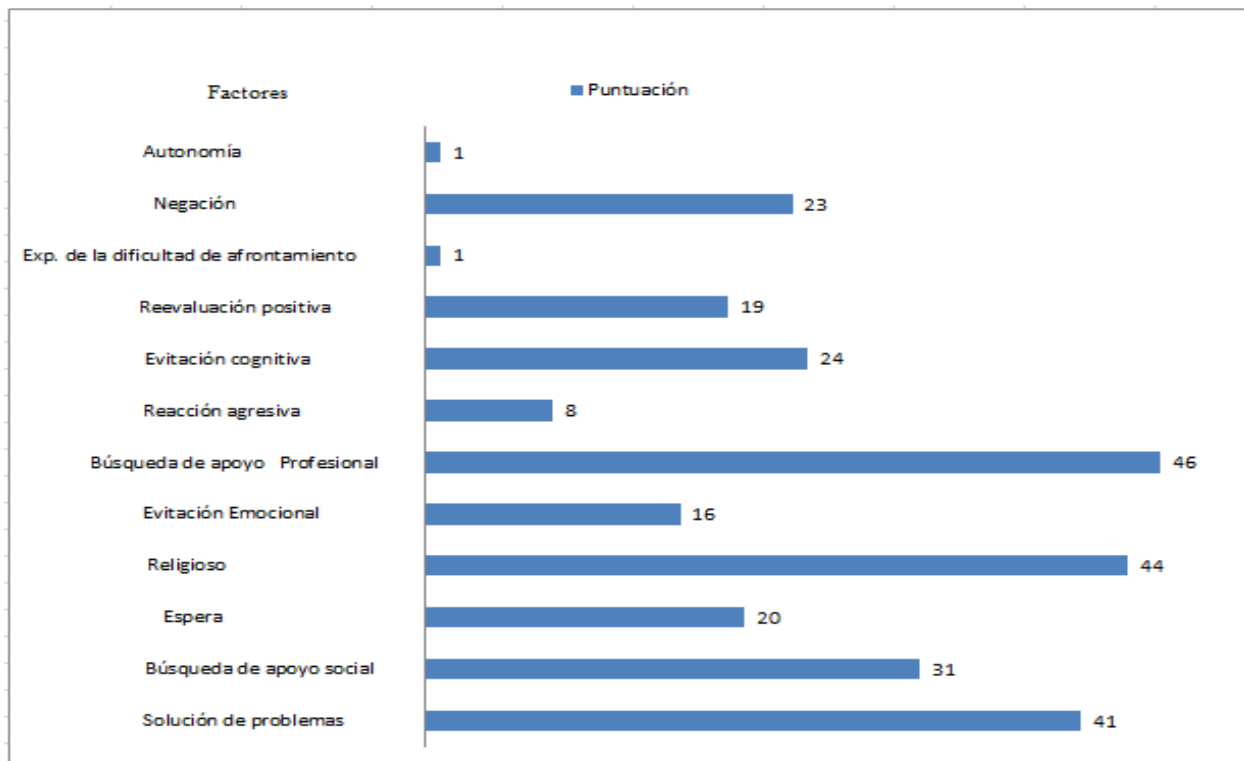
Factor 10: Expresión de la dificultad de afrontamiento: Interpretada como la expresión de desesperanza al exteriorizar la dificultad de tolerar, aceptar o solucionar el problema, es considerada como previa a estrategia dirigidas a ejecutar la solución del problema o ayuda profesional. En alto puntúa 2.0%, media 84.3% y bajo 13.7%.

Factor 11: Negación, Es la no aceptación de la situación o problema, busca alejarse para evitar estados emocionales que puedan generar malestar. Este factor puntúa alto 45.1%, medio 39.2% y bajo 15.7%.

Factor 12: Autonomía, definido como la manera en la que el individuo creerse capaz de solucionar o mejorar la situación de manera independiente sin acudir a amigos, familiares o ayuda profesional, en este factor puntúa alto 2.0%, medio 72.5% y bajo 25.5%.

Figuras

Figura 1. Factores de Afrontamiento con Puntuación Alta



En la figura número 1 que corresponde a puntuación alta en los factores de riesgo, se obtuvo que de los 51 individuos 46 buscan apoyo profesional como intentar conseguir información de la situación consultando a expertos profesionales para que lo guíen y reducir el malestar, siendo esta la puntuación más alta, seguida de religión con una puntuación de 44, son quienes acuden a rezar, poner velas, asistir a la iglesia, tener fe en que Dios remediará la situación, continua la puntuación de 41 solución de problemas, con estrategias como planear, seguir pasos concretos

para actuar en el momento oportuno, continua 31 búsqueda de apoyo social, comentando a compañeros, familiares o amigos para que le ayuden a entender y solucionar la situación, seguida de 24 evitación cognitiva, 23 negación, 20 espera, 19 reevaluación positiva, 16 evitación emocional y se evidencia la puntuación más baja en reacción agresiva 8, autonomía y expresión de la dificultad de afrontamiento 1.

Análisis de Resultados

Los datos arrojados como resultados en la ficha sociodemográfica muestran que en esta población con síndrome de intestino irritable, hay una evidencia de un porcentaje de la muestra con un 33.3% y un 21.6% que convive con su pareja e hijos, siendo estos casados, lo cual conforman una unión familiar, posiblemente relacionado con una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por estos pacientes, la búsqueda de apoyo social específicamente apoyo familiar, al contrario de los pacientes que viven solos, a la vez se identifica que la cantidad de hijos no tiene mayor relevancia en este tipo de población con síndrome de intestino Irritable (SII).

Por otro lado vemos que el estrato socio económico bajo, entre 1 y 2 prevalece en esta población, lo que posiblemente puede verse afectado en su enfermedad asociado a factores estresantes evidenciado también en los factores de riesgo con un porcentaje del 27.5% y de ansiedad con un 13.7%, que puede aumentar la sintomatología, al igual se evidencia un bajo nivel educativo con solo primaria en un porcentaje del 60.8% lo cual dificulta la comprensión de la enfermedad y su adhesión al tratamiento, como también la utilización de las estrategias de afrontamiento.

En este estudio vemos que hay predominio de la población femenina con un porcentaje del 76.5%, en contraste con la población masculina, no se ha identificado exactamente la causa, aunque se observa mayor carga emocional en mujeres los cuales pueden ser causantes de aumento sintomatológico de la enfermedad.

Por otro lado se identifica que aunque no hay una edad determinada para esta población caracterizada con diagnóstico de SII, hay un predominio en edades de 50 a 52 años, edad donde ocurren muchos cambios en el cuerpo, como por ejemplo los cambios hormonales de las mujeres,

al mismo tiempo se observó que hay un porcentaje significativo de la muestra que se dedica al hogar, lo que puede concentrar la atención a nivel cognitivo en su problemática.

En las estrategias de afrontamiento identificadas por los doce factores se evidencia:

En el factor uno (Solución de problemas) se evidencia un porcentaje significativo de un 80.4%, como una de las estrategia de afrontamiento más utilizada en esta población, generando posiblemente en el paciente la forma de a asumir su enfermedad en primera instancia, en segundo lugar Identificamos que en el factor dos (Apoyo Social) y haciendo parte del apoyo familiar, aporta un mejor calidad de vida, al aumentar bienestar físico y mental, en este factor se denota un porcentaje de 60.8%, que puede indicar probablemente el manejo asertivo de la enfermedad.

Por otro lado en el factor tres (espera) se identifica un porcentaje del 39.2% en esta población, esta estrategia es poco común en los pacientes con enfermedades posiblemente porque la espera puede arrojar resultados iguales o empeoramiento de su cronicidad. Continuando con el factor cuatro (religión) la puntuación fue de 86.3% lo que indica que la espiritualidad puede jugar un papel importante y la aceptación y la tolerancia a las enfermedades.

Seguimos con el Factor cinco (Evitación Emocional) con una puntuación de 31.4%, posiblemente esta estrategia se da por evitar incomodidad a los otros y al mismo tiempo general críticas y pesar ante la enfermedad, continuando con el Factor seis (Apoyo Profesional), una de las estrategias más utilizadas con un porcentaje de 90.2%, lo que puede ayudar a generar alternativas de solución a la enfermedad y evitar más padecimiento. En el Factor siete (Reacción agresiva), tenemos un porcentaje bajo de un 15.7%, posiblemente se utiliza esta estrategia en las enfermedades por la impotencia al no poder resolver su sintomatología después de varios intentos con otros métodos, muy poco común en esta población.

Seguimos con el Factor ocho (Evitación Cognitiva) evidenciando un porcentaje de 47.7%, medio 43.1% y bajo 9.8%. Esto puede deberse a la generación de otras alternativas que busca engañar la parte fisiológica para mejorar los síntomas de las enfermedades. Continuando con el Factor nueve (Reevaluación Positiva) con una puntuación significativa, esta estrategia de afrontamiento puede ayudar al individuo a generar aceptación en la enfermedad con el propósito de disminuir la cronicidad de los síntomas. A la vez en el Factor diez (Expresión de la dificultad de afrontamiento) con un porcentaje mínimo de 2.0%, esta estrategia puede ser dada cuando

maximizan la enfermedad desconociendo diferentes alternativas de solución, estrategia que no es frecuente en esta población.

Continuando con el Factor once (Negación) con un porcentaje importante en esta muestra de 45.1%, esto puede ser por la generación de miedo al enfrentar la enfermedad la cual causa visión catastrófica de su salud física hasta el pensamiento de muerte. Por último el Factor doce (Autonomía) uno de las estrategia menos utilizadas con un porcentaje de 2.0%, no se da posiblemente debido al miedo de enfrentar su enfermedad solo y fracasar el intento, lo obliga a buscar apoyo.

Discusión

De acuerdo a la investigación se evidencia que el síndrome de intestino irritable afecta en su mayoría a la población femenina, con un porcentaje 76,5% contra el 23,5% de la masculina, al igual que en otras investigaciones, como lo muestra Lert, Chastang y Castaño (2001 citado por París & Omar, 2009 en su investigación Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar, donde las mujeres del sector de salud utilizan estrategias de afrontamiento de apoyo social y profesional, en comparación con la presente investigación donde también estas estrategias de afrontamiento fueron las más utilizadas, posiblemente esto se ve por el contexto cultural y social donde las mujeres creen que pueden expresar sin dificultad el dolor y las emociones en cuanto a dificultades o debilidad en situaciones como lo es la enfermedad, observando otra investigación donde se evidencia la prevalencia femenina se encuentra por Cahill (2005); Videbech y Ravnkilde (2004 citado por Martínez, Piqueras & Ingles, 2016), donde muestra que las mujeres presentan mayor posibilidad de sentir estrés, a través de la fisiología del sistema límbico, sistema de memoria y aprendizaje, esto desde la perspectiva neuropsicológica, que según los autores debe ser estudiada y analizada. Continuando con otras investigaciones donde la mujer es la actora se evidencia según Mera y Ortiz, 2012. En su estudio de estrategias de afrontamiento en cáncer de mama en un 50.7% de los casos, se identificó que la variable más utilizada por esta población es la búsqueda de apoyo social, entre ellas, familiares, amigos, compañeros de trabajo (activa) y autocrítica (pasiva), como se había mencionado anteriormente como las estrategias más utilizadas en este estudio.

Por otro lado se observa que una de las estrategias más utilizadas en este estudio fue la religiosa (espiritualidad) con un porcentaje significativo de un 86.3% al igual que en otras investigaciones donde se evidencia la estrategia religiosa, una evidencia fue hecha por Rosenstiel y Keefe (1983), que indica que las estrategias más utilizadas por los pacientes son la categoría de esperanza, la fe y las plegarias, la reinterpretación del dolor y la distorsión cognitiva. La espiritualidad es mencionada en varias investigaciones como estrategia de afrontamiento de mayor significancia, además de la evitación, es así como se identifica por Robert, et al. (2010, Citado por Ortiz, et al. (2014), que refiere que utilizar estrategias de afrontamiento emocional como la evitación, la reevaluación positiva, la espiritualidad/religión durante el desarrollo de la enfermedad, se convierte en un mantenedor permanente de esperanza y estabilidad emocional, puesto que dan un

objetivo y propósito en la vida. Así mismo el ser partícipes de actividades deportivas, es otra estrategia de afrontamiento útil para disipar la impotencia e inestabilidad que pueda generar el desarrollo de la patología

hay prevalencia de edades ya que el rango identificado es amplio, con un mínimo de 18 y un máximo de 72 años, aunque la edad más afectada en este estudio es de 51 a 53 años, lo que no se ve en otra investigación, donde hace referencia a países occidentales con porcentaje de prevalencia, entre el 2,1% y el 2,3% en individuos adultos entre 20 y 40 años; mujeres en una proporción del 2/1 con respecto al sexo masculino. El 9.5% de consultas a APS es en gastroenterología, estimando un 3% del total. Se evidencian variables psicológicas, sexo, dolor en consultantes, y en los mayores de 50 años se debe descartar si presenta otros diagnósticos (Estopa, Jorquera, Santos & Veiga, 2014).

Por otro lado se evidencia afectación en estratos bajos 1 y 2 con un porcentaje del 54,9% y 41,2 % respectivamente , además identificamos que 31 de los 51 individuos con este síndrome tienen nivel bajo de educación con un porcentaje de 60.8%, el 51,0% labora en el hogar, el factor de protección que más utilizaron, fue apoyo familiar con un 72,5% y el factor de riesgo más alto es estrés con un 27%, afectando la calidad de vida de los consultantes, el estrato socio económico y educativo, también se ve evidenciado como en este estudio por López y Calero (2008) relatan que en el umbral del dolor se asocia a variables demográficas como la edad, el sexo, el nivel educativo, (Gracely, 1999). También está mediado por factores psicológicos como la ansiedad Fillingim, Keefe, Light, Booker, y Maixner, 1996; Jones, Zachariae, y Arendt-Nielsen, (2003), donde se cree en la influencia en el aumento de la enfermedad.

Actualmente no se han identificado estudios específicos sobre las estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con SII, sin embargo se han realizado terapias para tratar el estrés en este tipo de pacientes según Latimer (1983) y Whitehead (1985), citada por Fernandez (1989) son: relajación, desensibilización sistemática, biofeedback y técnicas de afrontamiento.

Por otro lado los resultados del presente estudio tienen similitud con Gaviria, Quinceno, Vinancia, Martínez y Otalvaro, (2009), cuando evidenciaron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en diferentes enfermedades como el VIH, Insuficiencia renal crónica, diabetes son de tipo cognitivo, entre ellas búsqueda de apoyo profesional y religión, ya

que se comprueba que los individuos asisten a consulta con alta frecuencia y la estrategia de afrontamiento con mayor porcentaje es búsqueda de apoyo profesional con un 90,2%. También se identificó que esto puede presentarse porque no tienen la asesoría y el acompañamiento de forma integral, no solo en los aspectos, físicos sino mentales y psicológicos.

Al igual que Vitalino, Russo, Car, Maiuro y Becker (1993 citado por Quintilla, Valadez, Valencia y González, 2005) pone como una de las estrategias más utilizadas en el contexto clínico solución de problemas, en esta investigación también encontramos un porcentaje mayor 80.4% de la muestra con síndrome de intestino irritable.

En el proceso de este estudio surgen preguntas como: ¿La efectividad del tratamiento psicológico estaría determinado en el conocimiento de las diferentes estrategias de afrontamiento en este tipo de pacientes?, ¿Realmente se disminuiría el índice de asistencia y costos en salud, a través del acompañamiento psicológico? Se ha evidenciado en estudios que los pacientes con SII sugieren tratamiento psicológico específicamente en la terapia cognitiva asociando factores como depresión, ansiedad, desconociendo el nivel y estrategias de afrontamiento de los consultantes con esta enfermedad.

Vale la pena aclarar que por ser un estudio exploratorio descriptivo, se utilizó una muestra con características específicas de la población colombiana que presenta diferentes formas de afrontar su enfermedad con el objetivo que a futuro puedan ser utilizadas como inicio de nuevas investigaciones en grupos de muestras similares.

Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo describir las estrategias de afrontamiento más utilizadas en los pacientes que acuden al Hospital Universitario la Samaritana. Esto quiere decir que por primera vez en Colombia se le da prioridad en investigación a las estrategias de afrontamiento que utilizan los individuos con Síndrome de Intestino Irritable con características especiales como estratos socioeconómicos bajos, de la zona rural cercana a la ciudad de Bogotá, en su mayoría de género femenino mayores de 18 años.

Para demostrar esto, primero se realizó una ficha sociodemográfica a pacientes que acudieron al Hospital Universitario de la Samaritana por un periodo de dos meses, pudimos observar en este estudio que los pacientes con síndrome de intestino irritable tiene una prevaencia sociodemográfica donde se muestra mayor porcentaje en personas con edades entre 51 a 53 años, no ignorando que este síndrome no tiene edad, se evidencia que la mayoría de la muestra son pacientes de estratos socio económicos bajos, de bajo nivel educativo, casados y normalmente con hijos, además de dedicarse al hogar y no tener muchas actividades en su tiempo libre, lo que puede asociarse a factores psicológicos que pueden estar afectando la sintomatología de la enfermedad, como lo son los factores estresores y ansiosos, además de la falta de comprensión de la enfermedad, posiblemente relacionado por su nivel educativo, que imposibilita la adhesión al tratamiento médico.

Se evidencia que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por estas personas consiste en la solución de problemas, buscando como primera alternativa la eliminación de la molestia causada por la patología, además de generar estrategias de afrontamiento dirigidas a la evitación cognitiva, lo que permite remplazar el pensamiento que genera la enfermedad y así lograr eliminar la molestia y sintomatología que produce la misma.

Por otro lado al no contar con mucha eficacia en las alternativas mencionadas anteriormente, se presenta la búsqueda de apoyo profesional, al creer tener evidencia tangible en la medicina y encontrar la solución a su problemática, por otra parte una de las estrategias de afrontamiento que nunca se deja atrás es la creencia religiosa y la esperanza de la sanación a nivel espiritual, muy utilizado por estos pacientes y no solo en esta enfermedad si no en muchas enfermedades crónicas, como lo es el cáncer y la insuficiencia renal crónica.

Siguiendo con las estrategia de afrontamiento más utilizadas este estudio evidencia que el apoyo social sobre todo la familia está totalmente relacionado con el manejo de la enfermedad y su eficacia en cualquier tipo de tratamiento.

Por otro lado, se logra describir en este estudio exploratorio que los cinco factores de la escala de Copping más utilizadas por Intestino Irritable pueden llevarlos a un buen manejo en la funcionalidad intestinal desde un equilibrio Psicobiológico, generando posible adherencia al tratamiento farmacológico y aumentando la calidad de vida del paciente.

A través de esta investigación se pretende, contar con un tratamiento y manejo interdisciplinario con medicina y psicología, donde se logre una buena adhesión al tratamiento y eficacia del mismo, contando psicológicamente con los diferentes estrategias de afrontamiento para terapia cognitiva conductual, además de acompañamiento al paciente, no dejando a tras el contexto familiar que juega un papel importante en el tratamiento a estos pacientes.

Referencias

- Agirrezabala, J.R., Aizpurua, I., Alfonso, I., Aranzegi, I., Armendáriz, M., Callén, M., Etxeberria, A., Fernández, J., Fernández, S., García, I., Iglesias, J.J., Iribar, J., Iturralde, J., Jaio, N., Lekue, I., Martínez, J., Meana, J., Mozo, C., Olloquiegui, E., Ruiz, E., Sainz, R., Valverde, E. (2003). Síndrome del Intestino Irritable: Orientaciones de Tratamiento. *Información Farmacoterapéutica de la Cámara*, 2 (2), p. 7-10.
- Amado, G., Rico, J.A., Rodríguez, J.A. (2014) Relación entre las Estrategias de Afrontamiento y la Percepción del Peligro Psicosocial Intra laboral de los Trabajadores del Departamento Operativo de una Empresa de la Industria de Plásticos (Tesis especialización) Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C. <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/15550/1/AmadoMorenoGilberto2014.pdf>.
- Aponte, D.M. et al. (Ed.). (2013). *Técnicas en Endoscopia Digestiva Segunda Edición*. Bogotá D.C: ACED.
- Bahamon, M.J. (2012) Bulimia y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes Escolarizadas de la Ciudad de Pereira, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 29 (1), 105-122.
- Balboa, A., Carrillo, R., Mínguez, M., Valdeperez, J.J. (2005) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica Sobre el Síndrome del Intestino Irritable. Manejo del Paciente con Síndrome del Intestino Irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano.
- Barragán, J.A., Almanza-Rodriguez, G. (2013) Evaluación de estrategias de afrontamiento del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13 (3), 322-335.
- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L.A., Laso, E. (2004) conflictos cognitivos en el síndrome del intestino irritable (SII). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 105-119.
- Bernal, C., Lemos, M., Medina, L., Ospina, J., Torres, Y. (2009) estrategias de afrontamiento y presión arterial. *CES Psicología*, 2(2), p. 49-59.
- Bernstein, S. (2002) Tratamiento Psicológico para el abordaje del Síndrome del Colon Irritable. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 66 (2), 154-162.
- Boyce PM, Talley NJ, Balaam B, Koloski NA, Truman G.: A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2003; 98(10): 2209-18.

- Bula, M. M., Mesa, S. D., & Morales, S. E. (2013) Depresión, Ansiedad e Ira Presentes en un Grupo de Personas de la Ciudad de Medellín- Colombia, Diagnosticadas con Síndrome de Intestino Irritable (Trabajo de Grado para Optar al Título de Psicólogas) Universidad Pontificia Bolivariana, Mellin. Recuperado de <https://repository.upb.edu.co/handle/123456789/1112>.
- Cassaretto, M., Paredes, R. (2006) afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24 (1), 109-140.
- Castañeda Sepúlveda, R. (2010) Síndrome de intestino irritable. *Medicina universitaria*, 12 (46), 39-46.
- Cazau, P. (2006) Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales. Buenos Aires: Rundinguskin.
- Cornejo, C., Villarreal, J. (2005) Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 25 (2), 156-160.
- Díaz, G., Yaringaño, J. (2010) Clima Familiar y Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos. *Revista de Investigación en Psicología*, 13(1) 69-86.
- Estopá, D. J., Jorquera, F., Santos, M.C., Veiga, F.C. (2014). Síndrome del intestino irritable. *Semg*, 63, 211-225.
- Fernandez, Rodriguez, C. (1989). Tratamiento psicológico en el síndrome de intestino irritable. *Psicothema*, 1 (2), 71 - 85.
- Gantiva, C.A., Luna, A., Dávila, A.M., Salgado, M.J. (2010) estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 63-72.
- Gaviria, A.M., Quinceno, J.M., Vinaccia, S., Martínez, L.A., Otalvaro, M.C. (2009) estrategias de afrontamiento y Ansiedad-Depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 27 (1), 5-13.
- González, A.L., Padilla, A. (2006) calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologia*, 5 (3), 501-509.

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación. México. Bogotá. Buenos Aires. Caracas. Guatemala. Madrid. Nueva York. San Juan. Santiago. Sao Paulo. Auckland. Londres. Milan. Montreal. Nueva Delhi. San Francisco. Singapur. St Louis. Sidney. Toronto: Mcgraw-Hill/interamericana editores, s.a. de C.V.
- Hewitt, N., Juárez, F., Parada, A.J., Guerrero, J., Romero, Y.M., Salgado, A.M., Vargas, M.V. (2016) Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25 (1), 125-140.
- Limonero, J.T., Sábado, J.T., Fernández, J., Gómez, M.J., Ardilla, A. (2012) Estrategias de Afrontamiento Resilientes y Regulación Emocional: Predictores de Satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20 (1), 183-196.
- Llull, D.M., Zanier, J., Garcia, F. (2003) Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8 (2), 175-182.
- Londoño, N. H., Pérez, P.M., Murillo, J.M. (2009). Validación de la escala de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra Colombiana. *Informes psicológicos*, 11, 13-29.
- Londoño, N.H., Henao, L.G., Puerta, I.C., Posada, S., Arango, D., Aguirre, A.D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala estrategias de Copping modificada (EEC-M) en una muestra Colombiana. *Universitas psychologica*, 5 (2), 327-349.
- López, A.G., Calero, M.D. (2008) Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas y sanas. *Psicothema*, 20 (3), 420- 426.
- Martínez, A.E., Piqueras, J.A., Inglés, C.J. (2016) Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante Estrés. *Clínica Psicológica Mayor. Investigación y Tratamiento Psicológico*, (1) p. 1-25.
- Meichenbaum, D. (1985). Stress inoculation training. Headington Hill Hall (England): Pergamon Books Ltd

- Mera, P.C., Ortiz, M. (2012) La Relación del Optimismo y Las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 30(3), 69-78.
- Núñez, R.A., Tobón, S., Arias, H.D., Hidalgo, R.C., Téllez, F. S., San Martín, H.A., & Cruz, B.R. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas psicológicas*, 13, 11- 32.
- Ortega, M., Torres, X., Bailles, E., Fullana, M.A., Farre, J.M., Vilar, J., Maluenda, M.D., Creix, J.J., Creix, A. j., Craske, M. (2006) Estudio piloto sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual/Exposición interoceptiva en el tratamiento del síndrome del intestino irritable. *C. Med. Psicosom*, (1) p. 61-70.
- Ortiz, E.E., Méndez, S.L., Camargo, B.J., Chavarro, S.A., Toro, C.G., Venaza, G.M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia*, 8 (1), 71-83.
- Otero, W. Gómez, M. (2005) Síndrome de intestino irritable. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 20 (4), 72- 83.
- Palma, R. (2002) El Paciente Digestivo Funcional Refractario: Un Desafío a la Relación Médico-Paciente. *Revista Médica de Chile*, 130 (2), 219-225.
- Paris, L., Omar, A. (2009) Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y salud*, 19 (2), 167-175.
- Plata, M.A., Lemos, J., Vega, B.E., Gallon, A. (2008). Factores Individuales, Relacionales y Estilo de Vida en Personas Diagnosticadas con Síndrome de Intestino Irritable, *Revista CES Psicología*, 1 (1), 28-35.
- Quigley, E.M., Craig, O.F., Dinan, T.G. (2011) el papel de los antidepresivos en el manejo del síndrome de intestino irritable. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 26 (2), 140-146.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S., González, J.M. (2005) estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 7 (2), 112-116.

- Rocha, N. (2013) Guía de síndrome de intestino irritable, (1) p. 9-14.
- Rodríguez, L., Cano, F.J., Blanco, A. (2004) e valuación de las Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico. *Actas Esp Psiquiatría* 32(2) 82-91.
- Romero, M.J. (2009). Síndrome Intestino Irritable: Prevalencia y Estrés. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, 63 (3), 156.
- Sabbagh, L.C., Otero, W. (2015). Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 30 (1), 43-53.
- Sánchez, V. M., Comeche, M. I., Hesse, B. M. (2002) Entrenamiento en Inoculación de Estrés en un Síndrome de Intestino Irritable. Caso Único. *Acción Psicológica* 1, 71-80.
- Sandin, B., Chorot, P. (2003) Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y Validación Preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 39-54.
- Vargas, J.E., Martínez, A.E., Elizarraras, J. (2012) Síndrome del Intestino Irritable y Factores Socio - Emocionales: Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 6 (1), 57-64.
- Valenzuela, J., Alvarado, J., Cohenc, H., Damiaod, A., Francisconie, C., Frugonef, L., González, J.C., Hernández, A., Iadec, B., Itaque Lopese, M.H., Latorrea, R., Pradod, J., Moraes-Filho, P., Schmulsoni, M., Soifer, L., Valdovinosi, M.A., Vescok, E. y Zalarj, A. (2004). Un consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*, 27(5), 325-43. <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-un-consenso-latinoamericano-sobre-el-S0210570503704701?referer=buscador>
- Vinancia, E., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R.E., Vásquez, A.C., Contreras, F., Tobón, S., & Sandín, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable, *Terapia psicológica*, 23 (2), 65 - 74.
- Zarazaga, E., López, A.E., Ramírez, C. (1999) Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de psicología de la salud*, 11 (1-2), p. 77-102.
- Zavala, L., Rivas, R.A., Andrade, P., Reidl, L.m. (2008). Validación del Instrumento de Estilos de Enfrentamiento de Lazarus y Folkman en Adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 159-182.

Apéndices A. Datos Sociodemográficos

¿FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	
FECHA DE APLICACIÓN	CÓDIGO DE APLICACIÓN
INFORMACIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE	
SEXO	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer EDAD <input type="text"/> años
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
ESTRATO SOCIOECONOMICO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
¿TIENE HIJOS?	<input type="checkbox"/> SI Número de hijos: _____ <input type="checkbox"/> No
ACTUALMENTE ¿CON QUIÉN VIVE?	<input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijos <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> solo (a) otro: _____
NIVEL EDUCATIVO APROBADO	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario Otro: _____
Información Laboral	
OCUPACIÓN	<input type="checkbox"/> Estudia <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> Busca trabajo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Labora en el hogar En qué trabaja? _____
Información Médica	
¿ACTUALMENTE TIENE COBERTURA EN SALUD?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿QUÉ TIPO DE AFILIACIÓN EN SALUD TIENE?	<input type="checkbox"/> contributivo <input type="checkbox"/> subsidiado <input type="checkbox"/> vinculado <input type="checkbox"/> régimen especial
¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Si contesto SI, ¿por qué razón fue hospitalizado? _____	
¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Si contesto SI, ¿Cuál? _____	
¿SI ESTA DIAGNOSTICADO CON SII?	<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años
¿NUMERO DE CONSULTAS A GASTROENTEROLOGIA?	<input type="checkbox"/> De 1 a 5 <input type="checkbox"/> De 6 a 10 <input type="checkbox"/> > a 11
¿HA TENIDO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Si contesto SI, ¿Cuál? _____	

¿HA REALIZADO ALGUN TIPO DE DIETA? Si contesto SI, ¿Cuál? _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Características de la Vivienda EL LUGAR DONDE VIVE ES:	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Arrendado <input type="checkbox"/> Familiar	
Ingresos Mensuales		
Señale el rango de Ingresos que usted tiene mensualmente:	<input type="checkbox"/> \$200.000 o menos <input type="checkbox"/> Entre \$250.000 y \$600.000 <input type="checkbox"/> \$650.001 y \$1.200.000 <input type="checkbox"/> Entre \$1.250.000 y \$3.000.000 <input type="checkbox"/> \$3.500.000 o más	
Factores protectores		
Para el control d su enfermedad actualmente cuenta con:	<input type="checkbox"/> apoyo familiar <input type="checkbox"/> apoyo social <input type="checkbox"/> apoyo económico	
Factores de Riesgo		
Señale si actualmente presenta alguna de las siguientes situaciones:	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Ira <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Bajos Ingresos Económicos <input type="checkbox"/> Abuso Físico y Sexual <input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Alcohollismo	
Estrategias de Afrontamiento		
Para el control d su enfermedad actualmente cuenta con:	<input type="checkbox"/> Espiritual Cual: _____ <input type="checkbox"/> Apoyo Familiar <input type="checkbox"/> Técnicas Cognitivas - Conductuales Psicológicas <input type="checkbox"/> Satisfacción de sueños <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Otro: Cual: _____ _____	
En Su Tiempo Libre		
<input type="checkbox"/> Asiste a algún grupo <input type="checkbox"/> Asiste algún curso <input type="checkbox"/> Visita a familiares <input type="checkbox"/> Negocio casero <input type="checkbox"/> Ocio: dormir, ver tv. <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Otro: Cual: _____		

Apéndice C Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL:

SERVICIO DE: _____

Grupo de Investigación: _____

Nombre del estudio:

Investigadora principal:

Coinvestigador(es):

Asesor(es):

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: DD / MM / AA

Código del Sujeto: _____

Este documento explica en qué consiste este estudio de investigación. Es importante que usted lea cuidadosamente esta información y que luego decida si desea participar o no como voluntario.

(EN EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMATO RECUERDE USAR UN LENGUAJE CLARO Y ENTENDIBLE PARA EL SUJETO DE INVESTIGACION)

PROPÓSITO:

DURACIÓN:

El tiempo que cada sujeto de estudio otorgará para esta investigación será _____. El tiempo disponible para la recolección de los datos es _____. Los resultados del estudio se reportarán en _____.

PROCEDIMIENTOS: (Incluir aplicación de escalas, realización de entrevistas, realización de exámenes de apoyo diagnóstico, valoraciones, etc.)

Los procedimientos que le conciernen a usted como sujeto en este estudio incluyen:

- _____
- _____

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES: (Incluir el nivel de riesgo de la investigación y especificar cada uno de los riesgos incluyendo aspectos clínicos, psicosociales y registrar las posibles incomodidades que se pueden generar)

- _____

- _____

BENEFICIOS: (Incluir beneficios para el sujeto de investigación, la sociedad en general, la comunidad científica y para el Hospital Universitario de la Samaritana)

- _____
- _____

CONFIDENCIALIDAD:

Se realizará todo esfuerzo para asegurar que los hallazgos de este estudio sean confidenciales. Copias de los documentos de este estudio serán conservados en el archivo del Comité de Investigación del Hospital Universitario de la Samaritana por un período mínimo de tres años. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados o presentados en reuniones sin revelar su nombre o identidad. Se protegerán sus derechos y privacidad; no obstante los investigadores asociados con esta investigación tendrán acceso a los documentos e información relacionados con este estudio. Su expediente será completamente confidencial según lo indica la Ley. Este no será compartido con otras personas a menos que sea exigido por la Ley o de acuerdo con las especificaciones mencionadas anteriormente.

(Si usted considera pertinente otra medida para preservar la confidencialidad de la investigación regístrela):

Nombres y Apellidos: _____ mail: _____ Teléfono: _____

Asesor (es):

Nombres y Apellidos: _____ mail: _____ Teléfono: _____

Nombres y Apellidos: _____ mail: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: lea cuidadosamente el formato de desistimiento informado y diligencie todos los datos solicitados. Si tiene alguna inquietud con respecto al estudio acuda al investigador principal, para que estas sean despejadas antes de diligenciar este formato.

Nombre del Proyecto de Investigación:

Nombre del investigador principal:

Nombre del Grupo de Investigación al que pertenece:

Fase en la que va el desarrollo del estudio:

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo (Nombre de la persona que desiste de participar en el estudio) identificado con cedula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (día / mes / año), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

PARTICIPACION VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio de investigación es absolutamente voluntaria, por lo tanto, no habrá ningún tipo de remuneración económica o compensación por su participación. Usted puede rehusarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee después de haber ingresado (llamando al investigador principal _____). Los procedimientos de la investigación los realizará un profesional idóneo adecuadamente asesorado quien le brindará a usted libertad y confianza para expresar sentimientos e inquietudes.

Su firma confirma que ha leído y comprendido este documento. En caso de participar, recibirá una copia firmada de este consentimiento informado. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y discutir con los investigadores su participación.

- Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente y en constancia firma el presente documento:

_____ Día/mes/año: ____/____/_____
 FIRMA DEL SUJETO VOLUNTARIO

_____ Día/mes/año: ____/____/_____
 FIRMA DE TESTIGO

_____ Día/mes/año: ____/____/_____
 FIRMA DEL INVESTIGADOR

- Usted ha decidido **NO** participar en este proyecto de investigación y en constancia firma:

_____ Día/mes/año: ____/____/_____
 FIRMA DEL SUJETO VOLUNTARIO

DATOS DE CONTACTO DE LOS INVESTIGADORES.

Si tiene alguna inquietud sobre el estudio, o si previa aceptación de ingreso al estudio decide retirarse puede contactarse con los investigadores del estudio:

Investigadora principal:
 Nombres y Apellidos: _____ mail: _____ Teléfono: _____

Coinvestigador (es):
 Nombres y Apellidos: _____ mail: _____ Teléfono: _____

 Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio
 CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

 Firma de testigo (si aplica)
 CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

 Firma de uno de los investigadores
 CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

Apéndice D Cronograma

Cronograma

Actividad	Mes Inicial	Mes Final	Duración en meses
Recolección de datos	Diciembre	Marzo	4 meses
consolidación	Abril	Mayo	2 meses
análisis	Junio	Junio	1 mes
resultados	Julio	Julio	1 mes
Total			8 meses