

Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable

Reséndiz-Figueroa FE¹, Ortiz-Garrido OM², Pulido D³, Arcila-Martínez D⁴, Schmulson M³.

¹ Departamento de Cirugía General. Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25. Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León.

² Servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI.

³ Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM). Departamento de Medicina Experimental, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM.

⁴ Departamento de Neurología y Psiquiatría. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Correspondencia: Dr. Max Schmulson W. Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM). Departamento de Medicina Experimental. Facultad de Medicina-UNAM. Hospital General de México. Dr. Balmis #148. Col. Doctores C.P. 06726. México D.F. México. Tel: 52-5556232673, fax: 52-5556232669. Correo electrónico: maxjulio@avantel.net.

Fecha recibido: 19 septiembre 2007 • Fecha aprobado: 29 enero 2008

Reconocimientos

El presente artículo se deriva del estudio realizado por la Dra. Fabiola Eloísa Reséndiz Figueroa durante su Servicio Social en el Departamento de Gastroenterología del INCMNSZ, para obtener su título de Médico Cirujano de la Universidad del Estado de México, 2004.

Resumen

Antecedentes: Los rasgos de ansiedad y depresión, se han asociado con la decisión de buscar atención médica en el Síndrome de Intestino Irritable (SII), pero se desconoce la relación con las características clínicas y calidad de vida (HRQOL) de los pacientes. **Objetivo:** Evaluar el impacto de estos rasgos sobre los síntomas, número de consultas y HRQOL en SII. **Pacientes y métodos:** Pacientes con SII-Roma I de moderado a grave de un centro de referencia en México contestaron el HAD, un cuestionario de síntomas digestivos y el SF-36. Los pacientes fueron comparados de acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión. **Resultados:** El 70% presentó ansiedad, 46% depresión y 40% ambos. La mayoría con depresión fueron solteros vs. casados la mayoría de aquellos sin este rasgo ($p = 0.03$). La ansiedad se asoció con mayor frecuencia de SII muy grave y la depresión con mayor frecuencia de predominio de diarrea ($p = 0.047$). Aquellos con ansiedad ($p = 0.03$) y depresión ($p = 0.006$), reportaron más días a la semana con dolor/malestar abdominal y ambos rasgos ($p = 0.000$) se asociaron con mayor frecuencia de llenura, distensión, dolor abdominal, evacuación incompleta, irregularidad en las evacuaciones y menor HRQOL. **Conclusiones:** Los rasgos de ansiedad o depresión impactan negativamente sobre el número de días, frecuencia de síntomas y HRQOL de los pacientes con SII moderado a grave.

Summary

Background: Anxiety and depression have been related with seeking medical care by IBS patients, however their impact over the clinical characteristics and health related quality of life (HRQOL) of the patients, is unknown. **Aims:** To evaluate the impact of these traits over the symptoms, number of consultations and HRQOL in IBS. **Methods:** Consecutive moderate to severe IBS-Rome I patients that consulted a reference center in Mexico City, answered the HAD, a Bowel Symptom Questionnaire and the SF-36. Patients were compared according to the presence or absence of anxiety or depression. **Results:** Anxiety was found in 70%, depression in 46% and both traits among 40%. The majority of those with depression were single compared to a married majority in those without this trait ($p = 0.03$). Those with anxiety ($p = 0.03$) and depression ($p = 0.006$) reported more number of days with abdominal pain/discomfort and both traits ($p = 0.000$) were associated with a higher frequency of fullness, distention, abdominal pain, incomplete evacuation, abnormal bowel movements and lower HRQOL. Patients with anxiety reported a more severe IBS and those with depression a higher frequency of diarrhea predominance ($p = 0.047$). **Conclusions:** Traits anxiety and depression negatively impacted over the number of days, symptom frequency and HRQOL of patients with moderate to severe IBS. More studies are

Se requieren más estudios para determinar si los síntomas psicológicos son causa de estos resultados o son los síntomas digestivos y la HRQOL los desencadenantes de ansiedad y depresión en SII.

Palabras clave: *ansiedad, depresión, síndrome de intestino irritable, HRQOL, síntomas, diarrea, estreñimiento, consultas médicas.*

needed to determine if these psychological symptoms are causing these outcomes or if the gastrointestinal symptoms and poor HRQOL are triggering anxiety and depression in IBS.

Key words: *anxiety, depression, irritable bowel syndrome (IBS), HRQOL, symptoms, diarrhea, constipation, medical visits.*

Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII), es un trastorno funcional digestivo caracterizado por síntomas recurrentes de malestar y/o dolor abdominal asociados con alteraciones del hábito intestinal y es considerado el más frecuente de dichos trastornos alrededor del mundo, afectando del 5 a 25% de la población.^{1,2} Los síntomas fluctúan con el paso del tiempo, incluso pueden remitir por temporadas, pero generalmente tienden a la recurrencia.^{1,3} A pesar de que su frecuencia es común en la población general, sólo entre 30 a 50% de quienes tienen sintomatología compatible con el SII buscan atención médica. Cifras internacionales reportan que el SII es responsable de 14 a 50% de las visitas al médico y se considera el primer motivo de consulta al gastroenterólogo.^{2,4} La presencia, gravedad y frecuencia del dolor abdominal, así como factores psicológicos, ansiedad por los síntomas estrés o eventos traumáticos, cancerofobia, incapacidad en actividades diarias y la orientación cultural, son factores determinantes en la decisión de buscar atención médica.^{1,5,6,7} Los pacientes con SII visitan al médico tanto por síntomas gastrointestinales como no gastrointestinales, con mayor frecuencia que aquellos que no padecen este trastorno.⁸

Además se conoce que los pacientes con SII tienen una pobre calidad de vida asociada con la salud (HRQOL), ya que esta patología interfiere con las actividades cotidianas y la dieta, desencadenando una preocupación constante por el estado de salud. En general, se reporta un mayor impacto de la HRQOL entre aquellos sujetos con SII que buscan en comparación con aquellos que no buscan atención médica.^{9,10} Asimismo, dicha calidad de vida parece mejorar en relación con la mejoría en la gravedad de los síntomas y las actividades diarias después de recibir tratamiento psicológico y/o antidepresivo.^{5,11-12}

La ansiedad y depresión, se han reportado con una frecuencia del 40 al 94% entre los pacientes con SII, y si bien dichos factores psicológicos son comunes en estos pacientes, hasta el momento se han relacionado con la decisión de buscar atención médica por los sujetos que padecen este trastorno, pero poco se sabe respecto al impacto sobre el número de visitas al médico.^{5,7,13-14} Es por ello que el objetivo del presente estudio fue determinar el impacto de la ansiedad y depresión en los pacientes con SII sobre las características clínicas, número de consultas médicas y la HRQOL.

Pacientes y métodos

Estudio prospectivo de corte transversal de pacientes consecutivos que consultaron por primera vez en el periodo de un año, a la consulta de motilidad y trastornos funcionales digestivos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) de la ciudad de México, un centro de referencia que recibe pacientes remitidos de toda la República Mexicana.

El rango de edad de los pacientes estudiados fue de 18 a 78 años y se excluyeron pacientes que estuviesen bajo tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos, pacientes con enfermedades crónicas como neoplasias o con antecedentes de resecciones intestinales. Asimismo, se excluyeron pacientes analfabetas o con déficit visual para contestar los cuestionarios. El diagnóstico de SII, se estableció mediante los criterios de Roma I y los pacientes fueron clasificados de acuerdo al hábito intestinal predominante en SII con diarrea (SII-D), con estreñimiento (SII-E) y alternantes (SII-A) de acuerdo a los siguientes criterios: SII-D ante la presencia de evacuaciones sueltas/líquidas en más del 75% del tiempo, tres o más evacuaciones al día en más del 25% del tiempo y la ausencia de evacuaciones duras/escóbalos; SII-E ante la presencia de 2 o

más de los siguientes por más de 3 meses: esfuerzo excesivo para evacuar, evacuaciones duras/escíbalos, evacuación incompleta en más del 25% del tiempo y/o menos de 3 evacuaciones a la semana y ausencia de evacuaciones sueltas/líquidas; y finalmente SII-A en pacientes con cambios mixtos del hábito intestinal o que no pudieron ser clasificados en SII-D o SII-E.¹⁵

Además, los pacientes con SII fueron sometidos a un escrutinio diagnóstico limitado que incluyó biometría hemática, química sanguínea, tiroides, coproparasitoscópicos y sangre oculta en heces, y en mayores de 50 años, se realizó colonoscopia de acuerdo al protocolo de estudio utilizado en la consulta mencionada. Todos los pacientes contestaron un cuestionario de síntomas digestivos, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) y el cuestionario genérico de HRQOL, SF-36.

Cuestionario de síntomas digestivos

Éste se utiliza para evaluar la gravedad y frecuencia de los síntomas gastrointestinales y para la integración del diagnóstico de SII y dispepsia funcional de acuerdo a los criterios de Roma I.¹⁶ Además, interroga sobre los síntomas típicos y más molestos, incluyendo síntomas del tracto gastrointestinal superior e inferior. Los síntomas típicos incluyen dolor torácico y/o pirosis, dolor abdominal, síntomas asociados a gas como sensación de inflamación y/o llenura abdominal y expulsión de gases, sensación de evacuación incompleta, irregularidad en las evacuaciones. Para valorar la autopercepción de la gravedad de los síntomas durante la semana previa, utiliza una escala análoga visual de 20 cm de longitud, solicitándole al paciente que marque el número que mejor ejemplifique su estado, desde 0 (asintomático) hasta 20 (los síntomas más intensos imaginables). Incluye también preguntas de opción múltiple para valorar los síntomas típicos, más molestos y las características del hábito intestinal, y escalas de Likert para evaluar el número de días con síntomas de dolor y malestar abdominal durante la semana previa y el número de consultas al médico durante el año previo.¹⁷ Este cuestionario ha sido previamente traducido y validado para la población Mexicana.¹⁶

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)

HAD es un instrumento autoadministrable creado para identificar los posibles casos (rasgos) de

ansiedad y depresión entre pacientes sin patología psiquiátrica diagnosticada, que consultan a un hospital. Se enfoca más sobre los síntomas psicológicos que a los somáticos de la ansiedad y depresión, evitando así errores de atribución de síntomas a enfermedades físicas.¹⁸⁻¹⁹ Consta de 14 reactivos (siete intercalados para cada subescala) con respuestas estructuradas tipo escalas de Likert, cuyas calificaciones oscilan entre valores de 0 a 3. Éste ha sido validado para la población Mexicana determinándose un punto de corte para ansiedad de 8 y para depresión de 7.²⁰

Cuestionario de calidad de vida SF-36 en Español versión México

El SF-36 es un instrumento genérico que permite evaluar la HRQOL en poblaciones de adultos. Contiene 36 preguntas que engloban ocho categorías de salud: función física (PF), limitación por problemas físicos (RF), dolor corporal (BP), salud general (GH), vitalidad (VT), función social (SF), limitación por problemas emocionales (RE) y bienestar mental (MH). Se califican de 0 a 100, en donde a mayor calificación, mejor calidad de vida.⁹ A su vez, estas categorías se agrupan en dos subescalas generales: componente físico (PCS) y componente mental (MCS), que en la población general se han determinado con valores promedio de 50 y desviación estándar de 10. Esta encuesta también ha sido validada para la población Mexicana.

Análisis estadístico

Se analizaron los resultados con base en la presencia o ausencia de ansiedad o depresión. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes y se analizaron mediante la χ^2 de Pearson y las continuas se expresaron en medias \pm EE y se analizaron mediante la t de Student. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

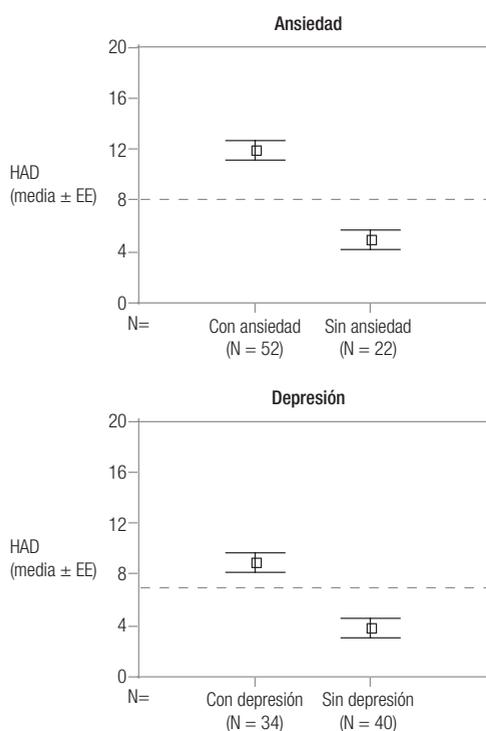
Resultados

Se incluyeron 74 pacientes de los cuales 61 (82.4%) fueron mujeres y 13 (17.6%) hombres, con una relación de 4.7:1. El estado civil de los pacientes se distribuyó en 32 (43.2%) solteros, 27 (36.5%) casados, 11 (14.9%) separados y 4 (5.4%) viudos. La ocupación reportada fue 26 (35.1%) hogar, 19 (25.7%) profesionistas, 13 (17.6%) estudiantes, 12 (16.2%) empleados y 4 (5.4%) estaban desempleados al momento del estudio.

De acuerdo al HAD, 52 (70.3%) pacientes fueron positivos para ansiedad, 34 (45.9%) para depresión y 30 (40.5%) para ambos síntomas (figura 1). El grado de ansiedad y depresión de acuerdo al HAD se muestra en la figura 1. No hubo diferencia en la edad promedio para los pacientes con y sin ansiedad: 42.6 ± 2.0 vs. 36.8 ± 3.6 años, ni tampoco hubo diferencias en aquellos con y sin rasgos de depresión: 40.0 ± 2.4 vs. 41.6 ± 2.6 años. Con respecto al estado civil, éste se distribuyó de manera

similar entre los pacientes con y sin ansiedad, solteros: 22 (42.3%) vs. 10 (45.5%), casados: 18 (34.6%) vs. 9 (40.9%), separados: 8 (15.4%) vs. 2 (9.1%) y viudos: 4 (7.7%) vs. 1 (4.5%), ($p = 0.810$). En contraste, al comparar a los pacientes con y sin rasgos de depresión, entre los primeros había una mayor frecuencia de solteros: 17 (50.0%) vs. 15 (37.5%), y separados: 8 (23.5%) vs. 3 (7.5%), mientras que en los últimos predominaban los casados: 9 (26.5%) vs. 18 (45.0%), y viudos: 0 vs. 4 (10.0%), ($p = 0.030$). No se encontraron diferencias significativas entre la presencia o ausencia de ansiedad o depresión y la ocupación de los pacientes (datos no mostrados).

Figura 1.
Grado de ansiedad y depresión en pacientes con SII.



Síntomas

Gravedad y hábito intestinal. La autopercepción de gravedad de los síntomas durante la semana previa para todos los pacientes fue leve: 5 (6.8%), moderada: 34 (45.9%), grave: 30 (40.5%) y muy grave: 5 (6.8%). El hábito intestinal se distribuyó en SII-D: 13 (17.6%), SII-E: 40 (54.0%) y SII-A: 21 (28.4%). Una mayor proporción de los pacientes con ansiedad consideró padecer un SII “muy grave” en comparación con los pacientes sin ansiedad, mientras que la mayoría de estos últimos consideró tener un SII “grave” ($p = 0.042$), y no hubo diferencias entre aquellos con y sin depresión (tabla 1). El hábito intestinal predominante se distribuyó de manera similar entre los pacientes con y sin ansiedad, SII-D: 10 (19.2%) vs. 3 (13.6%), SII-E 25 (48.1%) vs. 15 (68.2%), y SII-A: 17 (32.7%) vs. 4 (18.2%), ($p = 0.275$). Al comparar el hábito intestinal de acuerdo a la presencia o no de depresión, entre los primeros hubo una mayor frecuencia de diarrea, mientras que en los últimos de estreñimiento:

Tabla 1.
Autopercepción de la gravedad del SII de acuerdo a la presencia o ausencia de los rasgos de ansiedad y depresión.

	Leve N (%)	Moderado N (%)	Grave N (%)	Muy Grave N (%)	p
Con ansiedad	8 (15.4%)	15 (28.8%)	18 (34.6%)	11 (21.2%)	0.042
Sin ansiedad	1 (4.5%)	4 (18.2%)	14 (63.6%)	3 (13.6%)	
Con depresión	4 (11.8%)	8 (23.5%)	12 (35.3%)	10 (29.4%)	0.186
Sin depresión	5 (12.5%)	11 (27.5%)	20 (50.0%)	4 (10.0%)	

SII-D: 10 (29.4%) vs. 3 (7.5%), SII-E: 16 (47.1%) vs. 24 (60.0%), y SII-A: 8 (23.5%) vs. 13 (32.5%) ($p = 0.047$).

Síntomas típicos y más molestos. En cuanto a los síntomas típicos, tanto los pacientes con rasgo de ansiedad (figura 2) como aquellos con rasgo de depresión (figura 3), reportaron con mayor frecuencia síntomas asociados con inflamación, distensión abdominal visible, dolor abdominal y alteraciones en las evacuaciones (Ambos, $p = 0.000$). Asimismo,

los síntomas de llenura/gas/inflamación/distensión abdominal (36.5% vs. 31.8%) y las irregularidades en las evacuaciones (26.9% vs. 27.3%), fueron reportados como los síntomas más molestos independientemente de la presencia o ausencia de ansiedad (figura 4), y no hubo diferencias de acuerdo a la presencia o no de depresión (figura 5).

Periodos de exacerbación y consultas. En cuanto a la duración de los periodos de exacerbación de los síntomas, los pacientes con ansiedad reportaron

Figura 2.

Síntomas típicos en pacientes con SII de acuerdo a la presencia o ausencia del rasgo de ansiedad.

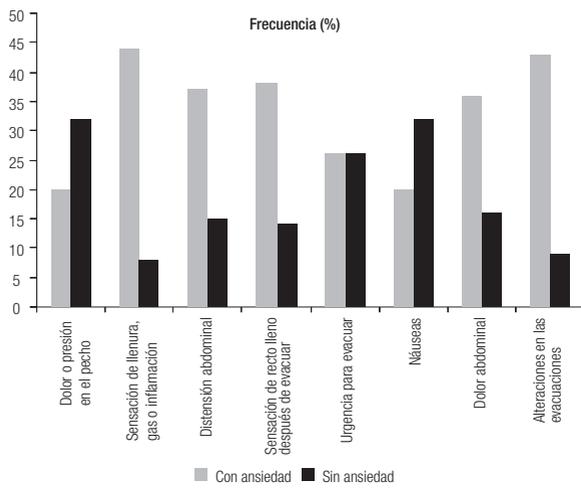


Figura 4.

Síntoma más molesto en pacientes con SII de acuerdo a la presencia o ausencia del rasgo de ansiedad.

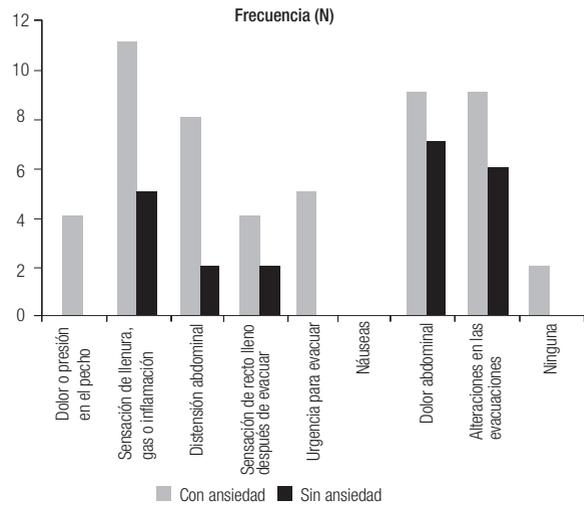


Figura 3.

Síntomas típicos en pacientes con SII de acuerdo a la presencia o ausencia del rasgo de depresión.

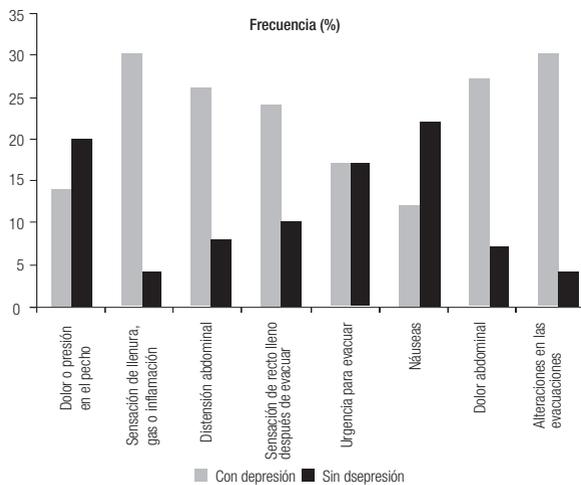
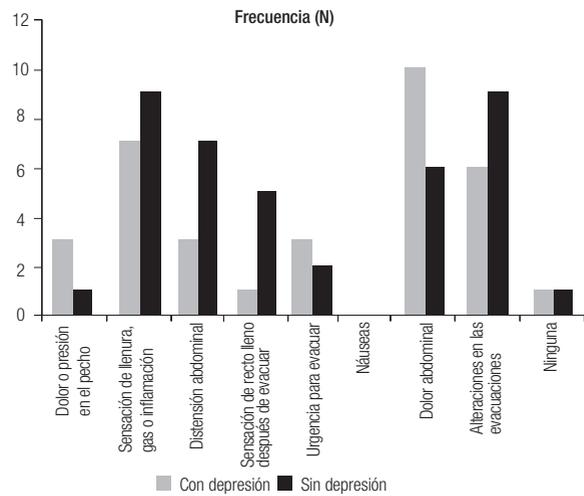


Figura 5.

Síntoma más molesto en pacientes con SII de acuerdo a la presencia o ausencia del rasgo de depresión.



con mayor frecuencia (44.3%) periodos de 6 a 7 días en contraste con aquellos sin ansiedad, que en su mayoría (95.5%) reportaron síntomas hasta de 5 días ($p = 0.030$). Lo mismo se encontró en los pacientes con depresión, que reportaron con mayor frecuencia periodos de exacerbación de 6 a 7 días de duración (52.9%) en comparación con los pacientes sin este rasgo, cuya mayoría reportó periodos hasta de 5 días (85.0%), ($p = 0.006$). La frecuencia de más de 10 consultas al año por cualquier problema, fue reportada por 46% y por problemas gastrointestinales fue reportada por 28%, pero no hubo diferencia entre la presencia o no de ansiedad y/o depresión. En cuanto a las consultas al gastroenterólogo, los pacientes con ansiedad reportaron mayor número de visitas a este especialista en comparación con aquellos sin ansiedad (94.2% vs. 74.2%, $p = 0.032$) y no hubo diferencias entre los pacientes con o sin depresión (94.1% vs. 85.0%, $p = 0.208$).

Calidad de vida (SF-36)

En comparación con los pacientes sin ansiedad, los pacientes con este rasgo reportaron menor HRQOL en todas las categorías del SF-36 excepto en dolor corporal y salud general, mientras que los pacientes con depresión reportaron menor HRQOL en todas las categorías en comparación con aquellos sin depresión (**tabla 2**). Finalmente, la ansiedad impactó significativamente sobre la PCS ($p = 0.002$) al igual que sobre la MCS ($p = 0.008$), y lo mismo se observó con la presencia de depresión, PCS y MCS (ambos $p = 0.000$).

Discusión

El SII representa una de las principales causas de morbilidad en los pacientes con trastornos funcionales digestivos en México y el mundo. Es común que el SII coexista con alteraciones psicosociales y/o psiquiátricas. En nuestro estudio, en pacientes con SII que buscan atención médica a un hospital de tercer nivel, encontramos una alta frecuencia de los rasgos de ansiedad y depresión similar a lo descrito por otros autores.¹³ Además, encontramos que no hubo diferencia con la presencia o no de ansiedad de acuerdo al estado civil de los pacientes, sin embargo, entre aquellos con depresión hubo una mayor frecuencia de solteros y separados. Estas diferencias sugieren que la vida de pareja puede dar estabilidad a los pacientes en relación con la forma de afrontar los síntomas del SII.

En cuanto a la gravedad de los síntomas, actualmente se sabe que ésta se correlaciona de manera directa con la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión y con el número de visitas al médico en pacientes con SII. Según la Asociación Americana de Gastroenterología,⁵ los pacientes con SII y síntomas moderados a graves y con ansiedad y/o depresión asociadas, tienden más a la búsqueda de atención médica en comparación con aquellos con síntomas leves o sin entidades psiquiátricas concomitantes. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes percibió sus síntomas como graves independientemente de la presencia o no de rasgos de ansiedad o depresión coexistentes. Observamos además que la ansiedad impactó sobre la autopercepción de gravedad del SII y si bien la depresión no

Tabla 2.

Calidad de vida en pacientes con SII de acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad y depresión.

SF-36	Ansiedad		p	Depresión		p
	Sí	No		Sí	No	
PF	55 ± 24	71 ± 23	0.007	42 ± 12	75 ± 22	0.000
RF	39 ± 33	60 ± 29	0.010	27 ± 20	61 ± 35	0.000
BP	47 ± 15	46 ± 26	0.883	41 ± 12	52 ± 22	0.009
GH	42 ± 16	48 ± 23	0.216	38 ± 11	49 ± 21	0.010
VT	43 ± 14	55 ± 20	0.004	39 ± 11	53 ± 18	0.000
SF	48 ± 22	61 ± 22	0.025	41 ± 12	62 ± 25	0.000
RE	36 ± 28	55 ± 25	0.008	28 ± 18	53 ± 30	0.000
MH	48 ± 13	67 ± 16	0.000	42 ± 10	63 ± 15	0.000
PCS	38 ± 7	45 ± 10	0.002	35 ± 6	44 ± 8	0.000
MCS	40 ± 8	45 ± 7	0.008	37 ± 6	45 ± 8	0.000

influyó sobre la gravedad de los síntomas, un grupo importante de pacientes con este rasgo sí percibió sus síntomas como muy graves. Tomando en consideración que la muestra de nuestro estudio es de un hospital de referencia de tercer nivel, los resultados reflejan un padecimiento más severo que en pacientes con SII que no buscan atención médica o que consultan a un hospital de primer o segundo nivel de atención.

Hay que destacar que los síntomas asociados con gas (inflamación, distensión) seguidos por el dolor abdominal, fueron los síntomas típicos y más molestos que con mayor frecuencia reportaron los pacientes con ansiedad o depresión en comparación con aquellos sin estos rasgos. Esto es relevante por un lado porque se ha considerado en la mayoría de los estudios,²¹ que los síntomas asociados con gas son más frecuentes que el dolor abdominal en sí, y nuestro estudio demuestra ahora su asociación con ansiedad. En contraste, los estudios han demostrado que el dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta médica por los pacientes con SII⁷ y en este estudio se muestra cómo aquellos pacientes con rasgo de depresión lo reportaron como su síntoma más molesto en comparación con aquellos sin este rasgo. Por otra parte, como hemos mencionado previamente, sabemos que la presencia de ansiedad o depresión son más frecuentes entre los sujetos con SII que consultan al médico en comparación con aquellos que no consultan.^{14,22}

En cuanto a la mayor frecuencia de asociación de la depresión con el predominio de diarrea, ésta puede estar en relación con el hecho de que estos pacientes a diferencia de aquellos con estreñimiento, viven su vida con la preocupación de tener un excusado cerca, lo cual probablemente les desencadena alteraciones psicológicas. Más aún, la irregularidad del hábito intestinal, fue uno de los síntomas típicos más frecuentemente reportados por los pacientes con depresión. En apoyo a lo anterior, en un estudio reciente hemos demostrado que los pacientes con SII-D son los que presentan mayor limitación en sus actividades diarias.⁷

En el presente estudio también observamos que los pacientes con ansiedad y depresión, reportan síntomas del SII durante más días a la semana que los pacientes sin estos rasgos psicológicos, con el consecuente decremento en su rendimiento físico y mental. Esta situación probablemente los mantiene en un estado cotidiano de enfermedad, además de generar frustración por no obtener una

resolución satisfactoria a su padecimiento, culminando en un deterioro de su relación médico-paciente y perpetuando un círculo vicioso de recidivas al tratamiento con una constante búsqueda de atención médica.¹³

El SII es considerado la causa número uno de consulta al gastroenterólogo, a esta consulta generalmente acuden pacientes con síntomas graves de la enfermedad y con ansiedad o depresión asociadas.^{2,13} Varios estudios como el de los hogares de los Estados Unidos,²³ han reportado que los pacientes con SII visitan al médico 1.6 veces por año por problemas gastrointestinales y 3.8 veces por problemas no gastrointestinales. Estos datos han sido apoyados por otro estudio realizado en México, donde se encontró que los pacientes con SII consultaron con mayor frecuencia, tanto por síntomas gastrointestinales como por síntomas no gastrointestinales en comparación con los controles sin este trastorno funcional digestivo.⁸ Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que la mayoría de los pacientes con rasgos de ansiedad en comparación con aquellos sin este síntoma, consultan con más frecuencia al gastroenterólogo. Esto refleja la influencia que tiene la ansiedad sobre la percepción del SII y la perpetuación de sus síntomas, haciendo que los pacientes busquen ayuda médica más especializada.

Por otra parte, cada vez adquiere mayor importancia la sensación de bienestar físico y mental de pacientes con enfermedades crónicas como el SII. No es suficiente con documentar dónde y cómo se administra la atención, no basta la eficacia de nuevos tratamientos agresivos que traten de controlar la enfermedad y que a la vez impiden el desarrollo psicosocial de los pacientes. Cada vez los pacientes demandan más el sentirse mejor, el poder realizar mayor número de actividades y el sentirse confiados de su estado de salud. Así, la HRQOL refleja las actitudes físicas, sociales y emocionales, y los comportamientos de un individuo al relacionar su estado de salud previo con el actual. Cabe resaltar que este parámetro se ve mejorado en relación con los cambios en la gravedad de los síntomas y el funcionamiento cotidiano posterior a tratamiento psicológico o antidepressivo.

Se sabe que la HRQOL en pacientes con SII es menor que en la población general y similar a la observada en enfermedades crónicas como la diabetes y la insuficiencia renal.^{11-12,24} En nuestro estudio, encontramos que los pacientes con SII y rasgo de ansiedad reportaron menor HRQOL en la mayoría

de los aspectos evaluados mediante el SF-36 y en las subescalas de salud física y mental, en comparación con los pacientes sin ansiedad. Al comparar la HRQOL de pacientes con y sin rasgos de depresión, observamos que la asociación con depresión es aún más deletérea que la asociación con ansiedad, pues afecta todas las categorías y subescalas de dicho instrumento. Estos hallazgos sugieren que en pacientes con SII, la HRQOL se compromete aún más ante la presencia de estos síntomas psicológicos.

La observación de que los rasgos de ansiedad y depresión influyen sobre las manifestaciones clínicas, consultas médicas y la HRQOL de los pacientes con SII, está probablemente en relación al factor modulador que ejerce el sistema nervioso central sobre la motilidad, la secreción, la función inmunológica, el flujo sanguíneo y la percepción de los eventos provenientes del intestino. El sistema nervioso funciona como filtro a la percepción de señales aferentes periféricas, y el umbral de esta percepción varía dependiendo del estado emocional y cognitivo del individuo. Además, en la comunicación bidireccional cerebro-intestino, las señales dirigidas del cerebro al intestino regulan la función intestinal de acuerdo al estado general del organismo. Recíprocamente, las señales emitidas del intestino al cerebro tienen un papel preponderante sobre la regulación de los reflejos, modulada a su vez por el estado de ánimo.^{13, 24} En investigaciones recientes, se ha observado que las vías que transportan la percepción visceral se entrecruzan con las vías límbicas relacionadas con la comunicación de las emociones, lo cual explica cómo interactúan los factores psicológicos con el SII y el porqué de su coexistencia.^{22, 24}

El presente estudio tiene algunas limitantes. En primer lugar, fue realizado en un hospital de tercer nivel en el cual, la mayoría de los pacientes cursan con un SII moderado a grave, por lo que nuestros resultados pueden no ser aplicables a pacientes de un nivel primario o secundario de atención. Por otra parte, utilizamos los criterios diagnósticos de Roma I para SII y no los criterios de Roma II debido a que al momento de llevar a cabo el estudio, los criterios de Roma II no habían sido aún traducidos y validados para la población Mexicana, proceso que fue publicado posteriormente.²⁵ Finalmente, no se analizaron las posibles influencias de otros trastornos funcionales digestivos asociados ni de enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus con la cual previamente hemos

demostrado que puede alterar la HRQOL de los pacientes con síntomas gastrointestinales.¹⁶

En conclusión, los pacientes con SII de moderado a grave con rasgos de ansiedad o depresión, reportan mayor impacto sobre las características clínicas, número de consultas médicas y HRQOL en comparación con los pacientes sin estos rasgos. Se requieren mayores estudios para determinar si estos síntomas psicológicos son la causa de estos factores o son los síntomas del SII los que desencadenan ansiedad o depresión y una pobre HRQOL.

Bibliografía

1. Lee OY, Schmulson M, Mayer EM. Common Functional Gastrointestinal Disorders: Non-ulcer Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Cornerstone* 1999;1:57-68.
2. Huerta I, Valdovinos MA, Schmulson M. Irritable Bowel Syndrome in Mexico. *Dig Dis* 2001;19:251-257.
3. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Mueller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45:1143-1146.
4. American Gastroenterological Association Medical Position Statement. Irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1997;112:2118-2119.
5. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA Technical Review on Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2108-2131.
6. Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, Lovitz AJ. Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 1982;83:529-534.
7. Schmulson MJ, Ortiz-Garrido O, Hinojosa C, Arcila D. A single session of reassurance can acutely improve the self-perception of impairment in patients with IBS. *J Psychosom Res* 2006;61:461-467.
8. Schmulson-Wasserman MJ, Valdovinos-Díaz MA. Utilización de recursos médicos por los pacientes con síndrome de intestino irritable en un hospital de tercer nivel. *Rev Gastroenterol Mex* 1998;63:6-10.
9. Gralnek IM, Hays RD, Kelbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000;95:999-1007.
10. Whorwell PJ, McCallum M, Creed FH, Roberts CT. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut* 1986;27:37-40.
11. Farmer RG, Easley KA, Farmer JM. Quality of life assessment by patients with inflammatory bowel disease. *Cleve Clin J Med* 1992;59:35-42.
12. El-Serag K, Olden K, Bjorman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1171-1185.
13. Drossman DA, Creed FH, Fava GA y cols. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 1995;8:47-90.
14. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56.
15. Schmulson M, Lee OY, Chang L, Naliboff B, Mayer EA. Symptom differences in moderate to severe IBS patients based on predominant bowel habit. *Am J Gastroenterol* 1999;94:2929-35.
16. Zetina-López A, Custodio Vázquez A, Hinojosa C, Juárez-Paiz L, Schmulson M. Impacto de los síntomas gastrointestinales sobre la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2. *Rev Invest Clin* 2003;55:10-17.
17. Tillisch K, Labus JS, Naliboff BD y cols. Characterization of the alternating bowel habit subtype in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2005;100:896-904.
18. Snaith P. What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry* 1993;163:293-298.
19. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983;67:361-370.
20. López-Alvarenga JC, Vázquez-Velázquez V, Arcila-Martínez D. Exactitud y utilidad diagnóstica de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD), en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Rev Invest Clin* 2002;54:403-409.
21. Chang L, Lee OY, Naliboff B, Schmulson M, Mayer EA. Sensation of bloating and visible abdominal distension in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3341-7.
22. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS y cols. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and non-patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988;95:701-708.
23. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple R y cols. U.S. Householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569-1580.
24. Levy RL, Von Korff M, Whitehead WE y cols. Costs of care for irritable bowel syndrome patients in a health maintenance organization. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3122-3129.
25. Schmulson M, Ortiz O, Santiago-Lomeli M y cols. Frequency of functional bowel disorders among healthy volunteers in Mexico City. *Dig Dis* 2006;24:342-347.