



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ARTÍCULO ORIGINAL

Correlatos psicosociales de calidad de vida en trastornos gastrointestinales funcionales

A. Sundas^a, H. Sampath^{b,*}, S.C. Lamtha^c, G. Soohinda^b y S. Dutta^b

^a Instituto Central de Psiquiatría, Ranchi, India

^b Departamento de Psiquiatría, Hospital Central de Referencias, Instituto de Ciencias Médicas de Sikkim Manipal, Universidad de Sikkim Manipal, Gangtok, Sikkim, India

^c Departamento de Gastroenterología, Nuevo Hospital de Gobierno STNM, Gangtok, Sikkim, India

Recibido el 5 de febrero de 2022; aceptado el 22 de abril de 2022

PALABRAS CLAVE

Trastornos gastrointestinales funcionales;
Calidad de vida;
Psicosocial;
Ansiedad;
Depresión

Resumen

Introducción y objetivos: Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) son enfermedades complejas caracterizadas por síntomas gastrointestinales, desprovistos de una patología orgánica subyacente. Son trastornos comunes, crónicos, recurrentes y discapacitantes, que disminuyen de manera significativa la calidad de vida (CdV). El objetivo del presente estudio transversal analítico fue evaluar la CdV y sus correlatos en pacientes adultos con TGIF.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional, basado en hospital, en el departamento de gastroenterología ambulatoria en un hospital universitario de tercer nivel. Se utilizaron los criterios de diagnóstico de ROMA IV para identificar los TGIF. La ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento, apoyo social y CdV fueron evaluados con el índice de ansiedad y depresión en hospital, el inventario de estrategias de afrontamiento, el índice multidimensional del apoyo social percibido y el cuestionario de calidad de vida en trastornos digestivos funcionales, respectivamente.

Resultados: De los 52 pacientes consecutivos diagnosticados con TGIF, la dispepsia funcional (51.92%) y el síndrome del intestino irritable (40.38%) fueron los más comunes. No existieron asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo, empleo, ocupación, patrón alimentario) y las puntuaciones de CdV (todos los valores de $p > 0.05$). La duración y el apoyo social no estuvieron significativamente asociados con la CdV (todos los valores de $p > 0.05$). Por otro lado, las variables psicológicas, como el afrontamiento de distanciamiento ($r = -0.344$, $p = 0.012$), la depresión ($r = -0.600$, $p = 0.000$) y la ansiedad ($r = -0.590$, $p = 0.000$), estuvieron significativamente asociados con la CdV.

* Autor para correspondencia. Departamento de Psiquiatría, Instituto de Ciencias Médicas de Sikkim Manipal. 5th mile, Tadong. Gangtok. Sikkim. India. Teléfono: 09894967703

Correo electrónico: drharsha79@yahoo.co.in (H. Sampath).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.04.006>

0375-0906/© 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: A. Sundas, H. Sampath, S.C. Lamtha et al., Correlatos psicosociales de calidad de vida en trastornos gastrointestinales funcionales, Revista de Gastroenterología de México, <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.04.006>

Conclusiones: A pesar de los avances en la neurogastroenterología, los pacientes continúan siendo afectados por los TGIF. Los factores psicológicos, en especial la depresión, contribuyen de manera significativa a una mala CdV en dichos pacientes. Esto debe ser abordado de manera holística y multidisciplinaria. El marco biopsicosocial, en la manera en que es aplicable a los TGIF, debe llevar a la inclusión de evaluaciones psicosociales en el manejo clínico e investigación de dichos trastornos.

© 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Functional gastrointestinal disorders;
Quality of life;
Psychosocial;
Anxiety;
Depression

Psychosocial quality-of-life correlates in functional gastrointestinal disorders

Abstract

Introduction and aim: Functional gastrointestinal disorders (FGIDs) are complex illnesses characterized by gastrointestinal symptoms, with no underlying organic pathology. They are common, chronic, recurrent, and disabling disorders that significantly impair quality of life (QoL). The aim of the present cross-sectional analytical study was to assess QoL and its correlates in adult patients with FGIDs.

Materials and methods: A cross-sectional, observational, hospital-based study was conducted at the gastroenterology outpatient department of a tertiary care teaching hospital. The ROME IV diagnostic criteria were used to identify the FGIDs. Anxiety, depression, coping strategies, social support, and QoL were assessed by the hospital anxiety and depression scale, the coping strategies inventory, the multidimensional scale of perceived social support, and the functional digestive disorders quality-of-life questionnaire, respectively.

Results: Of the 52 consecutive patients diagnosed with FGIDs, functional dyspepsia (51.92%) and irritable bowel syndrome (40.38%) were the most common. There were no significant associations between sociodemographic variables (age, sex, marital status, socioeconomic status, educational level, employment, occupation, dietary pattern) and QoL scores (all P values $> .05$). Duration and social support were not significantly associated with QoL (all P values $> .05$). In contrast, psychological variables, such as disengagement coping ($r = -0.344$, $P = .012$), depression ($r = -0.600$, $P = .000$), and anxiety ($r = -0.590$, $P = .000$), were significantly correlated with QoL.

Conclusions: Despite advances in neurogastroenterology, patients continue to be disabled by FGIDs. Psychological factors, especially depression, significantly contribute to poor QoL in those patients and should be addressed in a holistic, multidisciplinary way. The biopsychosocial framework, as it applies to FGIDs, should lead to the inclusion of psychosocial assessments in the clinical management and research of those disorders.

© 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción y objetivos

Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF), o trastornos de la interacción intestinos-cerebro, representan un continuo de trastornos de motilidad que se diagnostican ante la ausencia de una patología gastrointestinal estructural. Se piensa que son causados por una fisiopatología multifactorial, que incluye estrés psicosocial, genética, alimentación, influencias neurohormonales, mecanismos mediados por el sistema inmunológico e infecciones de bajo grado del tracto gastrointestinal¹.

La fundación ROMA ha sido pionera en la educación e investigación sobre los TGIF. Es una organización internacional independiente de investigadores y clínicos, cuyo objetivo es mejorar la vida de las personas con TGIF². La clasificación de ROMA de los TGIF (actualmente ROMA IV) se basa en los

síntomas asociados con un sitio gastrointestinal anatómico particular y se dividen en trastornos esofágicos, gastroduodenales, intestinales, de vesícula biliar, de esfínter de Oddi y anorrectales.

Los TGIF tienen un impacto en prácticamente todas las esferas biopsicosociales del ambiente de los pacientes que los padecen³. Su curso crónico, la fluctuación de síntomas, la ausencia de biomarcadores de diagnóstico específicos, los tabúes relacionados con el control intestinal, los inconvenientes en la socialización, las restricciones alimentarias (ya sean autoimpuestas o indicadas por el médico), costos económicos directos o indirectos, estrés psicológico y falta de conocimiento (incluso entre clínicos), contribuyen a la disminución de calidad de vida (CdV) de quienes los padecen.

Los determinantes psicosociales de la CdV en los TGIF no han recibido la debida importancia, a pesar de la

existente evidencia que indica que tienen impacto en todos los aspectos del proceso de la enfermedad⁴. Entre los factores sociales, son de importancia el nivel educativo, el empleo, el nivel económico y el apoyo social^{5,6}. Los mecanismos de afrontamiento, el nivel de estrés, la depresión comórbida y la ansiedad destacan entre los factores psicológicos^{5,6}. Por lo tanto, una comprensión holística de los TGIF sería incompleta sin el análisis de los determinantes biopsicosociales y su impacto en la CdV.

A pesar de que los TGIF son comunes e incapacitantes, hay escasez de estudios que hayan explorado la CdV y sus determinantes en la población afectada. Los estudios existentes se enfocan en TGIF selectos (síndrome del intestino irritable [SII]⁷, dispepsia funcional⁸), están restringidos a la población pediátrica⁹, se han basado en diagnósticos clínicos o encuestas tipo cuestionario sobre síntomas¹⁰ (en lugar de diagnósticos basados en criterios estructurados), o han explorado solamente algunas variables psicosociales¹¹. A pesar de dichas limitaciones, la evidencia proveniente de investigaciones internacionales indica que los factores psicosociales tienen un impacto significativo sobre la CdV en los TGIF³.

Existe poca investigación sobre el impacto de los TGIF en la CdV en pacientes del subcontinente indio^{12,13}. Además, se enfoca solamente en la dispepsia funcional y el SII, o se limita a estudiar la prevalencia y características clínicas de los TGIF¹⁴⁻¹⁶. El presente estudio es un esfuerzo por abordar esta falta de conocimiento.

Los objetivos de nuestra investigación fueron: a) estimar la CdV relacionada con los TGIF, b) determinar los correlatos sociodemográficos, psicológicos (ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento) y sociales (apoyo social) de la CdV en adultos indios con TGIF.

Materiales y métodos

El presente estudio transversal fue realizado en el departamento gastrointestinal ambulatorio de un hospital universitario en Sikkim, después de haber sido aprobado por el Comité Institucional de Ética. Los pacientes fueron reclutados durante un periodo de 3 meses.

Criterios de inclusión: todos los pacientes consecutivos mayores de 18 años, atendidos en la clínica de gastroenterología.

Criterios de exclusión: El rechazo a otorgar el consentimiento para participar en el estudio, tratamiento activo por enfermedad psiquiátrica y haber recibido tratamiento previo por TGIF.

Se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- Un cuestionario sociodemográfico para evaluar edad, sexo, nivel educativo, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación y patrón alimentario (vegetariano, dieta mixta).
- El cuestionario para diagnóstico de ROMA IV (CDR4): herramienta diagnóstica basada en algoritmo que incorpora una entrevista clínica específica, hallazgos clínicos e investigaciones para generar un diagnóstico de TGIF basado en los criterios de diagnóstico de ROMA IV¹⁷. La versión para adultos del CDR4 que se utilizó para el presente estudio requirió entre 25 y 35 min para completar

y tiene una sensibilidad aceptable¹⁷. La especificidad del cuestionario es del 97.1% para SII, del 93.3% para dispepsia funcional y del 93.6% para estreñimiento funcional¹⁸. Las respuestas del cuestionario fueron incluidas en un algoritmo que dictó el examen físico relevante y las investigaciones a realizar para generar el diagnóstico de TGIF.

- Inventario de Estrategias de Afrontamiento-versión corta (CSI-SF, por sus siglas en inglés): un índice de 16 puntos que evalúa las estrategias de afrontamiento en 2 dimensiones: distanciamiento e involucramiento¹⁹. Una estrategia de involucramiento implica actuar para confrontar los problemas directamente, lo cual está asociado con una buena tolerancia adaptativa. Una estrategia de distanciamiento significa que los individuos buscan evitar los problemas, lo cual puede producir problemas de largo plazo. La escala ha sido puesta a prueba con éxito en 9 idiomas en 13 países y tiene una excelente confiabilidad y validez²⁰.
- El índice de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD, por sus siglas en inglés): un instrumento ampliamente usado en pacientes médicos no psiquiátricos en un contexto general de hospital²¹. Consiste en 14 puntos divididos en 2 subíndices; uno para ansiedad (7 puntos) y uno para depresión (7 puntos), en los cuales los pacientes califican cada punto en una escala de Likert de 4 puntos. Las puntuaciones más altas son indicativas de una mayor psicopatología. El índice tiene validez y confiabilidad aceptables, según lo reportado en la literatura²¹.
- El Índice Multidimensional del Apoyo Social Percibido (MSPSS, por sus siglas en inglés): un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la idoneidad percibida del apoyo social²². Por medio de 12 puntos se evalúa el apoyo por parte de familia, amigos y personas importantes, con una escala de Likert de 7 puntos que va de «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo». Las puntuaciones totales van de 12 a 84, con las puntuaciones altas indicando un mayor apoyo social. Este índice tiene una consistencia interna ($\alpha = 0.88$), estabilidad y validez de constructos altas²².
- El Cuestionario de Calidad de Vida en Trastornos Digestivos Funcionales (FDDQL, por sus siglas en inglés): índice específico para trastorno que mide aspectos de la vida afectados por los TGIF, incluidas actividades diarias (8 puntos), incomodidad (9 puntos), sueño (3 puntos), dieta (6 puntos), ansiedad (5 puntos), afrontamiento de la enfermedad (6 puntos), control percibido sobre la enfermedad (3 puntos) e impacto del estrés (3 puntos), en una escala de Likert de 5 puntos²³. Las puntuaciones iniciales se transforman en un rango de 0 (mala CdV) a 100 (buena CdV). La puntuación final es la media de las puntuaciones de todas las áreas, excepto el impacto del estrés. El FDDQL tiene una confiabilidad (alfa de Cronbach 0.94) y validez excelentes²⁴.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados utilizando el software estadístico Minitab 17²⁵. Se utilizó estadística descriptiva con media, desviación estándar (DE) y porcentajes para describir la distribución de las variables. Las pruebas t de Student y ANOVA fueron empleadas para encontrar diferencias

Tabla 1 Distribución de las variables sociodemográficas de pacientes con TGIF (n = 52)

N	Variables sociodemográficas	n	%
1	<i>Sexo</i>		
	Hombre	19	36.54
	Mujer	33	63.46
2	<i>Nivel educativo</i>		
	Analfabeta	12	23.08
	Primaria	14	26.92
	Secundaria/media superior	7	13.46
	Universitario/posgrado	19	36.54
3	<i>Estado civil</i>		
	Soltero	4	7.69
	Casado	47	90.38
	Divorciado/separado/viudo	1	1.92
4	<i>Ocupación</i>		
	Desempleado	4	7.69
	Ama de casa	14	26.92
	Autoempleado	9	17.31
	Asalariado	25	48.08
5	<i>Tipo de familia</i>		
	Nuclear	44	84.62
	Extendida	8	15.38
6	<i>Nivel socioeconómico</i>		
	Alto	8	15.38
	Medio alto	17	32.69
	Medio	11	21.53
	Medio bajo	15	28.45
	Bajo	1	1.92
7	<i>Patrón alimentario</i>		
	Vegetariano	11	21.15
	Mixto	41	78.85

significativas en puntuaciones de CdV en las variables categóricas. La estadística de correlaciones fue utilizada para evaluar la asociación entre las variables continuas y las puntuaciones de CdV. Se realizó un análisis de regresión múltiple para cuantificar la contribución relativa de variables predictoras a la CdV en TGIF.

Consideraciones éticas

Se obtuvieron los consentimientos informados por escrito de todos los participantes. El estudio cumple con la revisión de 2017 de los Lineamientos Éticos Nacionales para la Investigación Biomédica y de Salud con Participantes Humanos del Consejo Indio de Investigación Médica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Ciencias Médicas de Sikkim Manipal. Este artículo no contiene información personal que permita identificar a los participantes en la investigación.

Resultados

Un total de 52 pacientes adultos consecutivos con TGIF cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En la [tabla 1](#) se describe la distribución de características sociodemográficas de la muestra. La edad media de los pacientes fue

Tabla 2 Distribución de trastornos gastrointestinales funcionales en la muestra

Trastornos gastrointestinales funcionales de ROMA IV	n	% ^a
Dispepsia funcional	27	51.92
Náuseas y vómito funcional	7	13.46
Síndrome del intestino irritable	21	40.38
Estreñimiento funcional	6	11.54
Diarrea funcional	4	7.69
Distensión funcional	3	5.77
Trastorno funcional no específico	4	7.69

^a Los porcentajes totales son mayores al 100% porque 20 (38.46%) de los pacientes presentaron > 1 TGIF.

Tabla 3 Distribución de las puntuaciones de CdV en la muestra

N	Cuestionario de CdV en trastornos digestivos funcionales	Media	DE
1	Actividades	37.84	22.10
2	Ansiedad	45.10	19.84
3	Dieta	48.53	21.25
4	Sueño	37.15	12.07
5	Incomodidad/dolor	37.30	14.60
6	Percepción de salud	63.99	15.35
7	Afrontamiento	45.81	20.24
8	Impacto del estrés	57.19	22.56
	Puntuación total	45.03	14.17

de 40.56 años (DE 12.41). Los pacientes padecieron de TGIF durante una media de 24.92 meses (DE 26.69).

La [tabla 2](#) describe la distribución de TGIF en la muestra. La dispepsia funcional fue el trastorno de mayor prevalencia (51.92%, n = 27), seguida del SII (40.38%, n = 21). Entre los pacientes con SII, con base en el hábito intestinal predominante, 7 presentaron SII con predominio de estreñimiento, 6 presentaron SII con predominio de diarrea, 4 presentaron SII con hábito intestinal mixto y 4 presentaron SII sin clasificar. Un total del 38.5% de los pacientes presentó más de un TGIF. La coocurrencia más común fue la de dispepsia funcional y SII (n = 9), seguida de dispepsia funcional y vómito/náuseas funcional (n = 3).

La puntuación promedio en el Índice Multidimensional de Apoyo Social Percibido fue de 4.67 (DE 0.60). En el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, se utilizó más la estrategia de involucramiento (media 13, DE 1.90) que la de distanciamiento (media 11.65, DE 2.08). En el Índice de Ansiedad y Depresión en Hospital, la media en el subíndice de depresión fue de 5.06 (DE 4.58) y el subíndice de ansiedad fue de 7.12 (DE 4.92).

La [tabla 3](#) muestra la distribución de las puntuaciones de CdV de acuerdo a los resultados con el FDDQL. La puntuación media global en CdV fue de 45.03 (DE 14.17). Se observó una mayor CdV en los dominios de percepción de salud, seguido del impacto del estrés y el impacto de la dieta. Las puntuaciones más bajas se presentaron en los dominios

del sueño, seguidos de la incomodidad/dolor y actividades cotidianas, en ese orden. No existieron diferencias significativas en las puntuaciones totales de CdV entre las distintas variables categóricas sociodemográficas (valores de $p > 0.05$ en pruebas t de Student y ANOVA). De manera similar, la edad ($r = -0.143$, valor de p de 0.31) y la duración de la enfermedad ($r = -0.223$, valor de p de 0.11), no estuvieron significativamente correlacionadas con las puntuaciones globales de CdV.

La **tabla 4** muestra la correlación entre las variables psicosociales y las puntuaciones globales de CdV. Existió una correlación negativa significativa entre la CdV global y el estilo de afrontamiento de distanciamiento ($r = -0.344$, valor de p de 0.01), la depresión ($r = -0.60$, valor de p de 0.00), y la ansiedad ($r = -0.59$, valor de p de 0.00).

La **tabla 5** muestra los resultados del análisis de regresión múltiple realizado empleando un modelo de regresión adecuado. Utilizando la puntuación global del FDDQL como la variable de respuesta, y usando la edad, la duración del TGIF, el apoyo social percibido, las estrategias de afrontamiento, la depresión y las puntuaciones del subíndice HAD de ansiedad como variables predictoras, cuantificamos de manera simultánea la contribución relativa de dichas variables a la CdV en pacientes con TGIF.

Los resultados de los análisis mostraron que dichas variables predijeron el 44.38% (R cuadrada [ajustada] = 35.53%) de la varianza en CdV. De dichas variables, solo la depresión ($T = -2.04$, valor de p de 0.049) predijo significativamente la CdV en pacientes con TGIF.

Discusión

El presente estudio evaluó los TGIF en todo el espectro de las categorías de diagnóstico de ROMA, incluidas la dispepsia funcional ($n = 27$), vómito/náuseas funcional ($n = 7$), SII ($n = 21$), estreñimiento funcional ($n = 6$), diarrea funcional ($n = 4$) y distensión funcional ($n = 3$). Utilizamos el algoritmo CDR4 para el diagnóstico estandarizado de los TGIF. A pesar de que la mayoría de los investigadores anteriores han utilizado los criterios de ROMA para el diagnóstico de TGIF, la exclusión de etiologías orgánicas se dejó a juicio del clínico. Mientras que esto puede ser aceptado en la práctica clínica, la investigación médica debe ser más específica. El CDR4 es un algoritmo basado en los criterios de ROMA IV, y especifica la investigación a realizar, según las quejas del paciente, para llegar a un diagnóstico específico de TGIF. La utilización del CDR4 deja poco campo para la especulación de la confiabilidad diagnóstica de los criterios de ROMA en diferentes contextos clínicos¹⁷.

El objetivo central de nuestro estudio fue estimar la CdV de pacientes con TGIF. El instrumento que elegimos para dicho propósito fue el cuestionario de calidad de vida en trastornos digestivos funcionales (FDDQL). Aunque la mayoría de los investigadores han utilizado mediciones genéricas para evaluar la CdV, como el SF-36 y el WHOQoL-BREF, nosotros elegimos un instrumento específico de la enfermedad para evaluar la CdV en TGIF. Las mediciones de CdV específicas para una enfermedad tienden a determinar elementos específicos de la enfermedad y se ha demostrado que son más sensibles a cambios sutiles que los instrumentos

genéricos que miden la CdV²⁶. Esta efectividad de respuesta es crítica en situaciones clínicas para evaluar el impacto del tratamiento.

Ninguna de las variables sociales y demográficas basales, como el sexo, el nivel educativo, el estado civil, el estatus sociodemográfico, la ocupación, el tipo de familia y el patrón alimentario, estuvieron significativamente asociados con las puntuaciones de CdV en la muestra. Solo unos cuantos estudios han abordado las diferencias entre sexos en CdV en TGIF²⁷, sin llegar a resultados concluyentes debido a variaciones en la metodología y los instrumentos utilizados. Por ejemplo, en un estudio con 251 mujeres y 92 hombres con SII, Simren et al. reportaron que las mujeres con SII obtuvieron puntuaciones menores en el instrumento Calidad de Vida Relacionada con la Salud (HRQoL, por sus siglas en inglés) menor en comparación con los hombres²⁸. Sin embargo, las variables utilizadas como representantes de la CdV fueron gravedad de síntomas, el impacto de la fatiga, ansiedad, depresión y bienestar psicológico. Por otro lado, Lee et al. reportaron la inexistencia de diferencias relativas al sexo en SII²⁹. No existen datos de investigación sobre la contribución de otras variables demográficas sobre la CdV en TGIF.

En las variables psicosociales, encontramos una correlación positiva no significativa entre el apoyo social percibido y las puntuaciones en CdV. Existen pocos estudios, especialmente en el contexto asiático, sobre los efectos moderadores del apoyo social en los TGIF. Los pacientes con trastornos funcionales perciben que su apoyo social es de menos ayuda de lo que realmente es³⁰. Esto es debido al estigma y vergüenza asociado con el término funcional como etiqueta de diagnóstico. La ansiedad por su salud y la neurosis encontradas usualmente en estos pacientes sesga su percepción e interpretan sus síntomas como de riesgo de muerte. En este escenario, el apoyo social existente y el aliento por parte de los cuidadores desempeñan un papel importante para mitigar esos miedos y disminuir la ansiedad³⁰. Los lineamientos clínicos recientes enfatizan por lo tanto el apoyo de los cuidadores al proporcionar una forma de aliento óptima, minimizar el estigma, evitar el etiquetamiento, reducir el aislamiento e involucrarse positivamente con los pacientes³¹.

El estilo de afrontamiento de involucramiento mostró una correlación positiva no significativa con las puntuaciones de CdV, mientras que el estilo de afrontamiento de distanciamiento mostró una correlación negativa significativa. Esto no fue sorprendente, dado el conocimiento de los beneficios de afrontar las enfermedades y los eventos estresantes de la vida³². Sin embargo, no todas las estrategias de afrontamiento son igualmente beneficiosas. El afrontamiento, aunque tiene la intención de dominar, tolerar y/o minimizar el estrés, depende de las actividades o estrategias puestas en acción para alcanzar dichos objetivos. Esta distinción es importante ya que las estrategias que se enfocan en confrontar o en abordar la situación (afrontamiento basado en involucramiento) son más benéficas o adaptativas a largo plazo. Al contrario, las estrategias que se enfocan en evitar o desviar la atención del problema reducen el impacto inmediato de la situación o emoción, pero han demostrado no ser de ayuda o perjudiciales. Por lo tanto, al categorizar los estilos de afrontamiento en estrategias de afrontamiento y estrategias de distanciamiento, el presente estudio pudo

Tabla 4 Correlaciones entre las puntuaciones totales de CdV y las variables psicosociales

N	VARIABLES	R de Pearson	Valor de p
1	Apoyo social percibido	0.015	0.914
2	Estrategias de afrontamiento- involucramiento	0.191	0.175
3	Estrategias de afrontamiento - Distanciamiento	-0.344	0.012*
4	HAD-subíndice depresión	-0.60	0.00*
5	HAD-subíndice ansiedad	-0.59	0.00*

* Los valores de $p < 0.05$ son estadísticamente significativos.

Tabla 5 Análisis de regresión múltiple del FDDQOL total versus las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales

Variable	B	Error estándar	Valor de t	Valor de p
Constante	74.6	30.9	2.42	0.020*
Edad	0.018	0.147	0.12	0.906
Duración de los TGIF	-0.128	0.066	-1.94	0.060
Apoyo social percibido	-0.42	2.93	-0.140	0.887
Afrontamiento de involucramiento	-0.08	1.18	-0.07	0.948
Afrontamiento de distanciamiento	0.01	1.21	0.01	0.995
HAD-subíndice de depresión	-1.491	0.744	-2.04	0.049*
HAD-subíndice de ansiedad	-0.586	0.606	-0.97	0.339

* Los valores de $p < 0.05$ son estadísticamente significativos.

Resumen del modelo de regresión: $S = 11.735$, $R\text{-sq} = 44.38\%$, $R\text{-sq (ajustada)} = 35.53\%$.

Ecuación de regresión: puntuación global FDDQL = $74.6 + 0.018$ Edad - 0.1280 Duración del TGIF - 0.42 Apoyo social - 0.08 Afrontamiento de involucramiento + 0.01 Afrontamiento de distanciamiento - 1.491 Subíndice de depresión HAD - 0.586 Subíndice de ansiedad HAD.

distinguir qué estilo de afrontamiento impactó la CdV de los pacientes con TGIF.

Los niveles de depresión y ansiedad mostraron una correlación negativa altamente significativa con la CdV en TGIF. Los trastornos emocionales comórbidos han sido comúnmente reportados con TGIF. Los síntomas afectivos pueden ser factores de riesgo tanto de predisposición como de prolongación en TGIF, y pueden influir en los desenlaces por medio de un impacto negativo en la relación médico-paciente, la adherencia al tratamiento, la búsqueda de atención en servicios de salud y una satisfacción baja respecto a la atención en general³³. Estos problemas se magnifican debido a una importante combinación de depresión y ansiedad y los TGIF, como demostraron Zamani et al. en su metaanálisis del 2019³⁴. Dada la prevalencia y el impacto de la depresión y la ansiedad en varios aspectos de los TGIF, no es de sorprender que afectan la CdV. En una revisión sobre los predictores clínicos de CdV en TGIF, Chang et al. reportaron que la depresión y la ansiedad fueron uno de los predictores más fuertes de CdV en TGIF³.

Al utilizar el análisis de regresión (multivariada), buscamos cuantificar de manera simultánea la contribución relativa de las variables biopsicosociales de la CdV de pacientes con TGIF. Los resultados mostraron que esas variables (edad, duración de la enfermedad, apoyo social percibido, estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad) predijeron el 44.38% de la varianza en las puntuaciones de CdV. En otras palabras, en cualquier paciente con un TGIF, estas variables pueden explicar aproximadamente el 45% de la varianza en CdV. De las variables del estudio, solo la depresión predijo significativamente la CdV en la muestra. Tung et al. hicieron observaciones similares cuando

encontraron que solo la depresión (y no otros factores clínicos y sociodemográficos) estaba correlacionada con la CdV en pacientes con SII³⁵.

Consecuentemente, nuestro argumento de que los factores psicosociales, en especial la depresión, deben ser evaluados rutinariamente en todos los pacientes que presentan síntomas funcionales del tracto gastrointestinal, fue reforzado. Un abordaje holístico biopsicosocial que incluya contribuciones de los servicios psiquiátricos y sociales será de gran ayuda para mejorar las discapacidades de los pacientes que padecen TGIF.

Las fortalezas de nuestro estudio fueron las siguientes: a) utilizamos la última versión de los criterios de ROMA IV para evaluar los TGIF; b) utilizamos el CDR4 basado en algoritmo, en conjunto con la evaluación clínica e investigaciones para diagnosticar los TGIF, a diferencia de basarlo solamente en un cuestionario; c) evaluamos un rango de TGIF, en lugar de limitar el diagnóstico a SII o dispepsia funcional; d) utilizamos un instrumento para evaluar la CdV (FDDQL) específico para la enfermedad, para mejorar la validez y la capacidad de respuesta, a diferencia de una escala genérica (WHOQOL-BREF, SF-36).

Las limitaciones de nuestro estudio fueron el tamaño pequeño de la muestra (52 pacientes), en comparación con otros estudios. El contexto del estudio (departamento de gastroenterología) pudo haber llevado a un sesgo, con la exclusión del diagnóstico de ciertos TGIF, como globus, el cual es principalmente tratado en el departamento de ORL. La evaluación de psicopatología estuvo limitada a ansiedad y depresión. Otras formas de psicopatología, como el abuso de sustancias, psicosis, trastornos bipolares y trastornos del espectro de la ansiedad, podrían haber sido evaluados. La

tentación de realizar subanálisis estadísticos de puntuaciones de CdV de TGIF individuales fue resistida debido a que la minería de datos para proporcionar resultados interesantes habría reducido la calidad de los hallazgos, dado el tamaño de la muestra de nuestro análisis.

El presente estudio es un modesto intento de explorar la CdV y sus determinantes en TGIF en pacientes indios. Es aun un área sin explorar que tiene potencial de avanzar nuestro conocimiento para determinar los factores que impactan directamente sobre la CdV de los pacientes con TGIF. Estos estudios deben realizarse en primera instancia en contextos clínicos para poder captar TGIF con precisión, sin ser limitados por los tamaños pequeños de la muestra. Se requiere de más investigación sobre los TGIF que no sean SII y dispepsia funcional. Los factores de personalidad involucrados y las predisposiciones para la neurosis y la ansiedad por salud necesitan ser investigados como moderadores potenciales de la CdV en TGIF, y el papel que dichos factores psicosociales debe ser evaluado en muestras de la población general. Finalmente, es necesario realizar y replicar en el contexto de la India intervenciones efectivas que aborden estos determinantes psicosociales, con lo cual los pacientes que padecen TGIF incapacitantes serán inmensamente beneficiados.

Comité de investigación

El Comité de Ética del Instituto de Ciencias Médicas de Sikim Manipal, número de registro 519/17-050.

Financiación

La presente investigación no recibió beca o apoyo alguno de agencias del sector público o privado, ni de organizaciones sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Referencias

1. Jones MP, Dille J, Drossman D, et al. Brain-gut connections in functional GI disorders: Anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterol Motil.* 2006;18:91-103, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2982.2005.00730.x>.
2. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology.* 2016;150:1262-79, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>.
3. Chang L. Review article: Epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20:31-9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2004.02183.x>.
4. Locke GR 3rd, Weaver AL, Melton LJ 3rd, et al. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: A population-based, nested, case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:350-7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2004.04043.x>.
5. Drossman D.A. Creed F.H. Olden K.W. et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut.* 45. 1125-1130. 10.1136/gut.45.2008ii25.

6. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1447-58, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.057>.
7. Si J-M, Wang L-J, Chen S-J, et al. Irritable bowel syndrome consulters in Zhejiang province: The symptoms pattern, predominant bowel habit subgroups and quality of life. *World J Gastroenterol.* 2004;10:1059-64, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v10.i7.1059>.
8. Talley NJ, Locke GR 3rd, Lahr BD, et al. Functional dyspepsia, delayed gastric emptying, and impaired quality of life. *Gut.* 2006;55:933-9, <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2005.078634>.
9. Varni JW, Bendo CB, Nurko S, et al. Health-related quality of life in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases. *J Pediatr.* 2015;166:85-90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.08.022>.
10. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, et al. The prevalence and impact of overlapping Rome IV diagnosed functional gastrointestinal disorders on somatization, quality of life, and healthcare utilization: A cross-sectional general population study in three countries. *Am J Gastroenterol.* 2018;113:86, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2017.421>.
11. Lee H-J, Lee S-Y, Kim JH, et al. Depressive mood and quality of life in functional gastrointestinal disorders: Differences between functional dyspepsia, irritable bowel syndrome and overlap syndrome. *Gen Hosp Psychiat.* 2010;32:499-502, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.05.002>.
12. Singh P, Agnihotri A, Pathak MK, et al. Psychiatric, somatic and other functional gastrointestinal disorders in patients with irritable bowel syndrome at a tertiary care center. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012;18:324, <http://dx.doi.org/10.5056/jnm.2012.18.3.324>.
13. Sinharoy U, Sinharoy K, Mukhopadhyay P, et al. Pattern of irritable bowel syndrome and its impact on quality of life: A tertiary hospital based study from Kolkata on newly diagnosed patients of irritable bowel syndrome attending general medical outpatient department. *Chrimed J Health Res.* 2015;2:238-44, <http://dx.doi.org/10.4103/2348-3334.158699>.
14. Ghoshal UC, Abraham P, Bhatt C, et al. Epidemiological and clinical profile of irritable bowel syndrome in India: Report of the Indian Society of Gastroenterology Task Force. *Indian J Gastroenterol.* 2008;27:22-8.
15. Bhatia V, Deswal S, Seth S, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders among adolescents in Delhi based on Rome III criteria: A school-based survey. *Indian J Gastroenterol.* 2016;35:294-8, <http://dx.doi.org/10.1007/s12664-016-0680-x>.
16. Rahman MM, Mahadeva S, Ghoshal UC. Epidemiological and clinical perspectives on irritable bowel syndrome in India, Bangladesh and Malaysia: A review. *World J Gastroenterol.* 2017;23:6788-801, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v23.i37.6788>.
17. Drossman D, Chang L, Chey W, et al. Rome IV Diagnostic Questionnaires and Tables for Investigators and Clinicians. 1st ed The Raleigh, North Carolina: The ROME foundation; 2016. p. 289.
18. Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MA, et al. Development and validation of the Rome IV diagnostic questionnaire for adults. *Gastroenterology.* 2016;150:1481-91.
19. Addison CC, Campbell-Jenkins BW, Sarpong DF, et al. Psychometric evaluation of a coping strategies inventory (CSI-SF) in the Jackson heart study cohort. *Int J Env Res Pub He.* 2007;4:289-95, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph200704040004>.
20. Speyer E, Morgenstern H, Hayashino Y, et al. Reliability and validity of the coping strategy inventory-short form applied to hemodialysis patients in 13 countries: Results from the dialysis outcomes practice patterns study (DOPPS).

- J Psychosom Res. 2016;91:12–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.08.015>.
21. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002;52:69–77, [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3).
 22. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52:30–41, http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2.
 23. Chassany O, Marquis P, Scherrer B, et al. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders. *Gut.* 1999;44:527–33, <http://dx.doi.org/10.1136/gut.44.4.527>.
 24. Feng-bin L, Yong-xing J, Yu-hang W, et al. Translation and psychometric evaluation of the Chinese version of functional digestive disorders quality of life questionnaire. *Digest Dis Sci.* 2014;59:390–420, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-013-2897-1>.
 25. Minitab 17 Statistical Software. [Computer software]. State College, PA, USA: Minitab, Inc.; 2010; [consultado 10 Dic 2021]. Disponible en: www.minitab.com.
 26. Wiebe S, Guyatt G, Weaver B, et al. Comparative responsiveness of generic and specific quality-of-life instruments. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:52–60, [http://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356\(02\)00537-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356(02)00537-1).
 27. Chang L, Toner BB, Fukudo S, et al. Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1435–46, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2005.09.071>.
 28. Simren M, Abrahamsson H, Svedlund J, et al. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers versus primary care: The impact of gender and predominant bowel pattern. *Scand J Gastroenterol.* 2001;36:545–52, <http://dx.doi.org/10.1080/003655201750153476>.
 29. Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, et al. Gender-related differences in IBS symptoms. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:2184, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03961.x>.
 30. Lackner JM, Brasel AM, Quigley BM, et al. The ties that bind: Perceived social support, stress, and IBS in severely affected patients. *Neurogastroent Motil.* 2010;22:893–900, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2982.2010.01516.x>.
 31. Lackner JM, Morley S, Dowzer C, et al. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:1100–13, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1100>.
 32. Skinner EA, Edge K, Altman J, et al. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull.* 2003;129:216, <http://dx.doi.org/10.1037/003329091292.216>.
 33. Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: A circumplex analysis. *J Psychosom Res.* 2005;58:523–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.015>.
 34. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: The prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019;1–12, <http://dx.doi.org/10.1111/apt.15325>.
 35. Tung FY, Wu JCY, Hui AJ, et al. Psychiatric morbidity and quality of life of outpatients with irritable bowel syndrome. *Hong Kong J Psychiatry.* 2009;19:65–71. PMID: 35383767.