

El papel del abuso físico, psicológico y sexual en los trastornos funcionales digestivos. Un estudio de casos y controles

Remes-Troche JM¹, Cid-Juárez S¹, Campos-Ramos I¹, Ramos-de la Medina A², Galmiche A³, Schmulson-Wasserman M⁴, Roesch-Dietlen F¹.

1 Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, Ver.,

2 Hospital General de Alta Especialidad, Veracruz, Veracruz,

3 Casa de la Mujer, DIF, Veracruz,

4 Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Departamento de Medicina Experimental, Hospital General de México.

Correspondencia: Dr. José María Remes Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, Veracruz. Iturbide S/N, Col. Centro. C.P. 91700. Teléfono y fax: + (229) 932 22 92, ext. 112. Correo electrónico: joremes@uv.mx, jose.remes.troche@gmail.com

Fecha recibido: 26 noviembre 2008 • Fecha aprobado: 15 diciembre 2008

Resumen

Introducción: El abuso se ha considerado como factor determinante en el desarrollo de los trastornos funcionales digestivos (TFD), especialmente en los casos graves y refractarios. El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de TFD (criterios de Roma II) en un grupo de mujeres con historia de abuso físico, psicológico y/o sexual.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal donde se evaluó a 96 mujeres (37 ± 12 años) con antecedentes de abuso físico, psicológico y/o sexual (casos); y 96 mujeres (36 ± 14 años) provenientes de una población abierta (controles). Se aplicó: cuestionario Modular Roma II, instrumento autoadministrable para antecedentes de abuso físico (golpes, vejaciones), psicológico (insulto, humillaciones públicas) y/o sexual (violación, coerción), y cuestionario HAD.

Resultados: De las 96 pacientes con historia de abuso, 91 (95%) reportaron el haber sufrido abuso psicológico, 72 (75%) abuso físico y 24 (25%) abuso sexual. Los casos tuvieron una mayor prevalencia de rumiación (6% vs. 0%, $p = 0.02$), pirosis funcional (26% vs. 13%, $p = 0.04$), aerofagia (17% vs. 5%, $p = 0.019$), síndrome de intestino irritable (38% vs. 18%, $p = 0.002$), incontinencia

Abstract

Introduction: Abuse has been considered a significant factor on the development of functional gastrointestinal disorders (FGID), especially for severe and treatment-refractory patients. The aim of our study was to evaluate the presence of all FGID according to Rome II criteria, in a group of women with history of physical, psychological and/or sexual abuse.

Material and Methods: A cross sectional study was performed in 96 women (37 ± 12 years of age) with history of physical, psychological and/or sexual abuse (cases); and 96 open population women (36 ± 14 years of age) (controls). The following evaluations were administered: Rome II questionnaire, a self-administered instrument to evaluate history of physical (beating), psychological (insults, public humiliation) and/or sexual abuse (rape, coercion), and HAD questionnaire.

Results: Among 96 women with history of abuse, 91 (95%) reported to have suffered psychological abuse, 72 (75%) physical abuse, and 24 (25%) sexual abuse. Women with history of abuse had a higher prevalence of rumination (6% vs. 0%, $p = 0.02$), functional heartburn (26% vs. 13%, $p = 0.04$), aerofagia (17% vs. 5%, $p = 0.019$), irritable

fecal (16% vs. 4%, $p = 0.01$), síndrome del elevador del ano (5% vs. 0%, $p = 0.05$), y proctalgia fugax (29% vs. 15%, $p = 0.02$) en comparación con los controles. Hubo una correlación positiva entre los puntajes para ansiedad ($r = 0.5$, $p = 0.001$), depresión ($r = 0.45$, $p = 0.001$) y el número de TFD.

Conclusión: Existe una alta prevalencia de TFD en mujeres con historia de abuso, ya sea físico, psicológico y/o sexual. Además, la ansiedad y depresión juegan un papel determinante en esta asociación.

Palabras clave: trastornos funcionales digestivos, síndrome de intestino irritable, abuso físico, psicológico y/o sexual, ansiedad.

bowel syndrome (38% vs. 18%, $p = 0.002$), fecal incontinence (16% vs. 4%, $p = 0.01$), elevator ani syndrome (5% vs. 0%, $p = 0.05$), and proctal-gia fugax (29% vs. 15%, $p = 0.02$) compared to controls. There was a positive correlation between anxiety ($r = 0.5$, $p = 0.001$) and depression scores ($r = 0.45$, $p = 0.001$), and the number of FGID.

Conclusion: We demonstrated a high prevalence of FGID among women with history of physical, psychological, and/or sexual abuse. In this association, concomitant anxiety and depression play a significant role.

Key words: functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, physical, psychological, and/or sexual abuse, anxiety.

Introducción

Los trastornos funcionales digestivos (TFD) y de la motilidad gastrointestinal afectan a millones de personas, independientemente del género, edad, raza y condición socioeconómica. Estos trastornos representan una de las primeras causas de consulta al médico general, y la principal causa de consulta al gastroenterólogo. Por ejemplo, el síndrome de intestino irritable y la dispepsia funcional, los principales trastornos funcionales digestivos, afectan al 10-20% de la población adulta a nivel mundial.^{1,2} Recientemente, estudios epidemiológicos en nuestro país han demostrado que la prevalencia de síndrome de intestino irritable en la población general varía entre 16-35%.³⁻⁵ Es importante destacar que la mayoría de los sujetos que padecen estos trastornos, son mujeres entre la 3a. y 5a. décadas de la vida, afectando considerablemente su productividad.^{6,7} Debido a la alta prevalencia de estos padecimientos, la cronicidad de los síntomas y el impacto en la calidad de vida, los costos socioeconómicos de los TFD son enormes.^{8,9}

En la actualidad, se asume que los TFD siguen un modelo conceptual en donde estos trastornos son consecuencia de alteraciones biopsicosociales, y es difícil asumir que estos padecimientos son resultados de un solo mecanismo fisiopatológico.¹⁰ En este modelo, la predisposición genética, interactúa con el medio ambiente (influencias familiares, abuso, exposición a infecciones, etc.)

afectando el desarrollo psicosocial del individuo en términos de susceptibilidad psicológica (mayor tendencia a trastornos psicológicos, ansiedad, depresión, etc.), así como también condicionando disfunción gastrointestinal (anormalidades motoras, hipersensibilidad visceral, etc.) Así pues, los TFD son el producto clínico de las interacciones de factores psicosociales y anormalidades de la motilidad gastrointestinal, moduladas por el eje cerebro-intestino.¹¹

El abuso, ya sea físico, psicológico y/o sexual es uno de los eventos más estresantes y traumáticos que un sujeto puede presentar y su influencia en el subsecuente estado de salud ha sido estudiado en diferentes entornos. Recientemente, se ha considerado que es un factor determinante en el desarrollo de los TFD, especialmente en los casos más graves y refractarios a tratamiento convencional.¹² Aunque múltiples estudios han documentado una mayor prevalencia de abuso (30-56%) en pacientes que se presentan para tratamiento de los TFD en Estados Unidos y Europa,¹³⁻¹⁷ en nuestra población no existen estudios que evalúen esta probable asociación. Aún más, la asociación entre abuso y TFD es considerada por algunos autores como controversial, ya que ninguno de los estudios ha ilustrado una franca relación causal. Esto se debe en parte a que existe muy escasa información respecto a la presencia de estos trastornos en sujetos con evidentes antecedentes de abuso físico

y/o sexual,¹⁸ es decir, no se ha explorado la relación abuso-TFD en el sentido opuesto.

Así pues, el objetivo primario de este estudio fue el de evaluar la presencia de TFD de acuerdo a los criterios de Roma II,¹⁹ en un grupo de mujeres con antecedentes de abuso físico, psicológico y/o sexual y comparar estos resultados con un grupo control en población abierta. Secundariamente, se evaluó el papel de la ansiedad y depresión en ambos grupos.

Material y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, mediante una evaluación prolectiva a dos poblaciones en la ciudad de Veracruz, en el periodo comprendido entre el 1o. de abril y 30 de junio del 2007. Las poblaciones evaluadas fueron:

Casos: A 138 mujeres que acudieron a “La Casa de la Mujer”, DIF Municipal de Veracruz, una institución municipal que protege, asiste, capacita y asesora a mujeres con antecedentes de abuso físico, psicológico y/o sexual en la ciudad de Veracruz; se les invitó a participar de forma voluntaria en este estudio. Noventa y seis mujeres (70%) desearon participar en este estudio, y se les aplicó los siguientes cuestionarios como instrumentos de medición:

- a) **Análisis de características sociodemográficas:** Con un instrumento de recolección se obtuvo la edad, estado civil y ocupación de los sujetos.
- b) **Cuestionario Modular Roma II para TFD, versión validada en español:**⁴ Este instrumento se aplicó mediante entrevista directa a todos los sujetos, para evaluar la presencia de alguno de los TFD que contempla este cuestionario.
- c) **Evaluación de abuso físico, psicológico y/o sexual:** A todas las participantes se les aplicó un instrumento autoadministrable para evaluar antecedentes de abuso físico, psicológico y/o sexual.²⁰ Este instrumento evaluó lo siguiente:
 - 1) *Abuso físico:* Se preguntó explícitamente si el sujeto durante su infancia o en su vida adulta ha sido víctima de golpes, maltratos, vejaciones o quemaduras.
 - 2) *Abuso psicológico:* Se preguntó explícitamente si el sujeto durante su infancia o

en su vida adulta ha sido víctima persistentemente de insultos verbales, humillaciones públicas, destrucción de objetos personales, coerción, extorsión y/o daño moral.

- 3) *Abuso sexual:* Se preguntó explícitamente si el sujeto durante su infancia o en su vida adulta ha sido víctima de violación, ha sido obligada a tener relaciones sexuales con o sin uso de fuerza, ha sido obligada a exposición de sus órganos sexuales o a tocar involuntariamente los órganos sexuales de otras personas.

- d) **Evaluación de ansiedad y depresión:** A todos los sujetos se les aplicó la versión autoadministrable del cuestionario “Hospital Anxiety and Depression” (HAD), un instrumento utilizado para evaluar ansiedad y depresión en situaciones de estrés y que ha sido validado en la población mexicana.²¹ Este cuestionario consta de 14 preguntas, divididas en 2 subescalas, cada una de 7 preguntas, una de ellas mide ansiedad de acuerdo a la escala de Hamilton, y la otra evalúa depresión con base en anhedonia y la falta de placer.²² La intensidad o frecuencia de cada pregunta se evalúa de acuerdo a una escala de Likert (0-3). De tal manera que cada subescala varía de 0 a 21, en donde un puntaje de 0-7 es considerado normal, de 8-10 es inconcluso, y más de 10 es indicativo de ansiedad y depresión significativa.

Controles: Se entrevistaron un total de 96 mujeres, pareadas por edad para los casos, las cuales en su mayoría fueron personal administrativo de las instituciones participantes, familiares de éstos, así como también algunos controles fueron obtenidos en población abierta mediante entrevista de puerta en puerta en diversos sectores representativos de la población de la ciudad de Veracruz. A todos los controles se les aplicó los mismos instrumentos de evaluación que a los casos y en el mismo periodo.

Análisis estadístico: Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para la descripción de las variables nominales. De acuerdo a su distribución utilizamos medias y desviación estándar, o medianas y rangos para las variables continuas. Para la comparación entre 2 variables continuas utilizamos la prueba t de Student o U de Mann-Whitney cuando

Tabla 1.

Características sociodemográficas en el grupo de mujeres con antecedente de abuso (casos) y el grupo control

	Casos n = 96	Controles n = 96	p = *
Edad años (X ± DE)	37 ± 12	36 ± 14	0.54
Estado civil (n, %)			
Soltera	24 (25%)	44 (46%)	0.004
Casada	45 (47%)	43 (45%)	0.88
Divorciada	3 (3%)	1 (1%)	0.6
Viuda	3 (3%)	3 (3%)	1
Unión libre	17 (18%)	5 (5%)	0.01
Otras	4 (4%)	0	0.12
Escolaridad (n, %)			
Alfabeta	4 (4%)	2 (2%)	0.67
Primaria	19 (20%)	14 (15%)	0.44
Secundaria	29 (30%)	25 (26%)	0.63
Preparatoria	14 (15%)	5 (5%)	0.06
Universidad	23 (24%)	41 (43%)	0.006
Otras	7 (7%)	9 (9%)	0.79

*Prueba de t de Student (edad) y X² para las diferencias de proporciones.

fue apropiado. Para la comparación de proporciones entre 2 grupos se utilizó la prueba de la χ^2 o la prueba exacta de Fisher, cuando fue apropiado. Se estableció significancia estadística cuando la p fue < de 0.05. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10.0 (SPSS, Inc, Chicago, ILL) para la realización del análisis estadístico. La realización de este estudio, el protocolo y su consentimiento informado, fueron revisados por el Comité de Ética e Investigación de las instituciones participantes, siguiendo los principios bioéticos de las buenas prácticas clínicas.

Resultados

Características sociodemográficas: La muestra evaluada fueron las 96 mujeres que accedieron a participar en el estudio y 96 controles obtenidos en población abierta. Las características sociodemográficas de ambos grupos se muestran en la **Tabla 1**. Como se observa, hubo significativamente más mujeres solteras en el grupo control ($p = 0.004$), mientras que en el grupo de casos hubo una proporción significativamente mayor de mujeres viviendo en unión libre. También es destacable el hecho de que 43% de las mujeres del grupo control tuvieron una carrera universitaria mientras que sólo 25% de los casos tuvieron esta escolaridad ($p = 0.006$).

Figura 1.

Presencia de TFD en los grupos evaluados

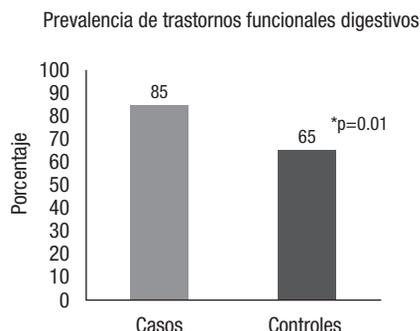


Figura 2.

Puntajes obtenidos en el cuestionario HAD entre los casos y los controles

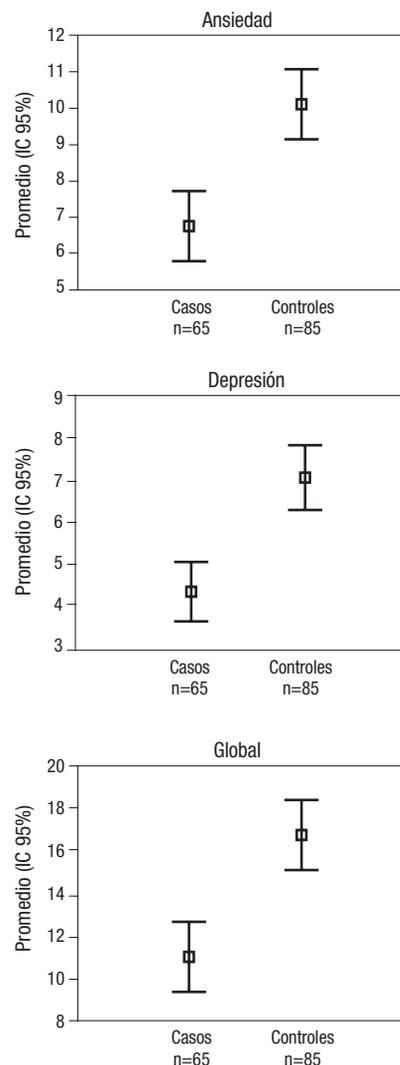


Tabla 2.

Prevalencia de los trastornos funcionales en los casos y controles

	Casos n = 96	Controles n = 96	p =	OR (IC 95%)
Trastornos esofágicos (n, %)				
Globus	6 (6%)	1 (1%)	0.12	6.3 (0.7-53)
Rumiación	6 (6%)	0 (0%)	0.02	-
Dolor torácico no cardíaco	5 (5%)	4 (4%)	1	1.2 (0.3-4.8)
Pirosis funcional	25 (26%)	13 (13%)	0.04	2.2 (1.07-4.7)
Disfagia	2 (2%)	3 (3%)	1	0.6 (0.1-4)
Trastornos gastroduodenales (n, %)				
Dispepsia funcional	18 (19%)	15 (16%)	0.7	1.2 (0.5-2.6)
Aerofagia	16 (17%)	5 (5%)	0.019	3.6 (1.2-10.3)
Vómito funcional	2 (2%)	4 (4%)	0.68	0.4 (0.8-2.7)
Trastornos intestinales (n, %)				
Síndrome de intestino irritable	37 (38%)	17 (18%)	0.002	2.9 (1.4-5.6)
predominio diarrea	10 (28%)	2 (11%)	0.29	2.7 (0.5-14.3)
predominio estreñimiento	18 (48%)	12 (71%)	0.15	0.3 (0.1-1.3)
predominio alternante	9 (24%)	3 (18%)	0.7	1.5 (0.3-6)
Distensión abdominal funcional	17 (18%)	14 (15%)	0.69	1.2 (0.5-2.7)
Estreñimiento funcional	24 (25%)	19 (20%)	0.48	1.3 (0.6-2.6)
Diarrea funcional	7 (7%)	2 (2%)	0.16	3.6 (0.7-18)
Síndrome de dolor abdominal funcional	5 (5%)	1 (1%)	0.21	5.2 (0.5-45)
Trastornos biliares (n, %)				
Disfunción de la vesícula biliar	4 (4%)	2 (2%)	0.68	2 (0.3-11)
Disfunción del esfínter de Oddi	3 (3%)	0 (0%)	0.24	-----
Trastornos anorrectales (n, %)				
Incontinencia fecal	15 (16%)	4 (4%)	0.01	4.2 (1.3-13)
Síndrome del elevador del ano	5 (5%)	0 (0%)	0.05	-----
<i>Proctalgia fugax</i>	28 (29%)	14 (15%)	0.02	2.4 (1.7-4.9)
Disinergia del piso pélvico	7 (7%)	3 (3%)	0.33	2.4 (0.6-9.7)

*Prueba de χ^2 para diferencia de proporciones; OR = razón de momios, IC = intervalo de confianza al 95%.

Abuso físico, psicológico y sexual. De las 96 pacientes con historia de abuso, 91 (95%) reportaron el haber sufrido algún tipo de abuso psicológico, 72 (75%) abuso físico y 24 (25%) abuso sexual. En el grupo control, 10 mujeres refirieron tener el antecedente de abuso, 6 abuso psicológico, 5 abuso físico y 3 abuso sexual.

Prevalencia de los TFD en los casos y controles: Ochenta y cinco mujeres con antecedente de abuso tuvieron al menos un TFD comparado con 65 mujeres del grupo control ($p = 0.001$) (**Figura 1**). La mediana de TFD en los casos fue de 3 (rango de 4 a 7) mientras que en el grupo control fue de 1 (rango 1 a 3) ($p = 0.001$).

La prevalencia de cada uno de los TFD en ambos grupos se muestra en la **Tabla 2**. Las mujeres con antecedentes de abuso tuvieron una mayor prevalencia de rumiación ($p = 0.02$), pirosis funcional ($p = 0.04$), aerofagia ($p = 0.019$), síndrome

de intestino irritable ($p = 0.002$), incontinencia fecal ($p = 0.01$), síndrome del elevador del ano ($p = 0.05$), y *proctalgia fugax* ($p = 0.02$) en comparación con el grupo control.

Ansiedad y depresión: Al comparar los resultados del cuestionario HAD, se encontró que las mujeres con antecedentes de abuso, tuvieron puntajes más altos comparados con el grupo control para ansiedad (10 ± 4 vs. 6 ± 3 , $p = 0.0001$), depresión (7 ± 3 vs. 3 ± 2 , $p = 0.001$) y en el puntaje global (16 ± 7 vs. 7 ± 3 , $p = 0.0001$).

En la **Figura 2** se observan los puntajes promedios para ansiedad, depresión y puntaje global de las 85 pacientes con historia de abuso y que tuvieron algún TFD comparados con las 65 mujeres del grupo control que reportaron tener al menos un trastorno funcional digestivo. Como se observa los puntajes en los casos fueron significativamente mayores que en los controles ($p = 0.001$).

Tabla 3.

Puntajes obtenidos en el cuestionario HAD de acuerdo al tipo de abuso

	Ansiedad Promedio ± DE	Depresión Promedio ± DE	Global Promedio ± DE
Abuso físico	10 ± 4	8 ± 4	18 ± 7
Abuso psicológico	10 ± 5	7 ± 3	17 ± 5
Abuso sexual	12 ± 4	8 ± 3	20 ± 7

Al comparar los puntajes del HAD de acuerdo al tipo de abuso, no se encontraron diferencias significativas (**Tabla 3**).

Correlación entre ansiedad, depresión y número de TFD: En el grupo de mujeres con antecedente de abuso, hubo una correlación positiva entre los puntajes para ansiedad ($r = 0.5, p = 0.001$), depresión ($r = 0.45, p = 0.001$) y puntaje global ($r = 0.65, p = 0.001$) y el número de trastornos funcionales digestivos (**Figura 3**).

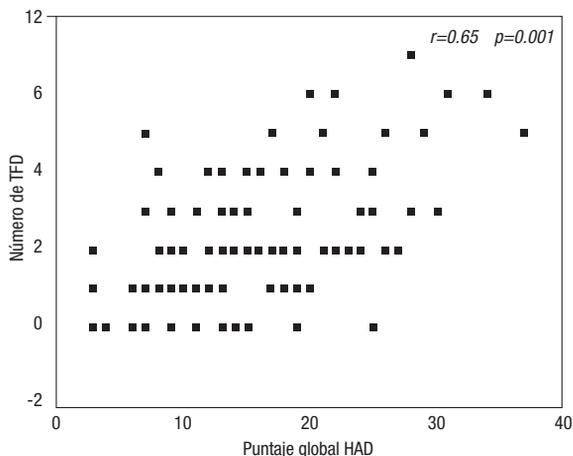
Discusión

Es claro que el abuso tiene fuertes implicaciones negativas tanto en la salud mental como física.¹² En este estudio de casos y controles, demostramos que en un grupo de mujeres con antecedentes de abuso, ya sea físico, psicológico y/o sexual, la prevalencia de los trastornos funcionales digestivos es significativamente mayor que en un grupo control (85% vs. 68%, $p = 0.02$).

En un estudio previo, 44% de los pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales reportaron una historia de abuso sexual o físico, aunque sólo el 17% lo habían informado a sus médicos.²³ Los médicos generalmente no hacen preguntas sobre abusos, debido al miedo sobre cómo reaccionará el paciente. Varios estudios han mostrado que los pacientes, ven con agrado tales cuestionamientos, tal y como en el caso de nuestro estudio, ya que tuvimos un índice de respuesta del 70%. De hecho, la mayoría de los pacientes se sienten aliviados cuando se aborda el asunto.²⁴ Los pacientes por lo general se sienten inseguros sobre cómo lidiar con el trauma, furia y duelo que acompañan al abuso sexual o físico. Es en este entorno que

Figura 3.

Correlación entre el puntaje global del HAD y el número de trastornos funcionales digestivos en las mujeres con antecedentes de abuso



la guía, el apoyo y, de manera más importante, la empatía de un médico puede ser invaluable.

Aunque estudios previos han reportado una alta frecuencia de historia de abuso en sujetos con síndrome de intestino irritable (30-56%),¹³⁻¹⁸ existe muy poca información respecto a la prevalencia de otros trastornos funcionales y el papel que juega el abuso. Además, la asociación abuso-TFD no había sido explorada en el sentido inverso. A diferencia de otros estudios, en este estudio, por primera vez se evaluó específicamente la presencia de *todos* los trastornos funcionales digestivos en un grupo de mujeres que asisten a un centro de apoyo por haber sufrido algún tipo de abuso.

Interesantemente encontramos que el antecedente de abuso condicionó una mayor presencia de aerofagia, rumiación, pirosis funcional, síndrome de intestino irritable, y en particular, de trastornos anorrectales funcionales (incontinencia fecal, *proctalgia fugax* y síndrome del elevador del ano). A pesar de que una cuarta parte de las mujeres con abuso reportaron haber tenido abuso sexual, la asociación con los diversos trastornos funcionales fue independiente del tipo de abuso.

La prevalencia reportada de síndrome de intestino irritable en las mujeres con historia de abuso fue de 38%, mientras que en el grupo control fue de 18%, esta última cifra es similar a la reportada en estudios mexicanos sobre prevalencia de síndrome

de intestino irritable en población abierta, por lo que, podemos asumir que nuestro grupo control fue una muestra representativa de la población general.³⁻⁵ La diferencia entre ambos grupos da una razón de momios de 2.9 (1.4-5.6), lo que se interpreta como las mujeres con antecedente de abuso tienen 2 veces más probabilidad de padecer intestino irritable que la población general.

En un estudio previo, Perona y cols.,¹⁸ reportaron que en España, 47% de las mujeres que acudieron a una estación policíaca para reportar actos de abuso físico y/o sexual, tuvieron simultáneamente o desarrollaron poco tiempo después síndrome de intestino irritable. En el estudio de Perona y cols.,¹⁸ se reportó que la presencia de dispepsia funcional fue de 67%. En nuestro estudio, la prevalencia de dispepsia fue similar en ambos grupos. Este hecho sugiere la posibilidad que el papel del abuso puede ser determinante para el desarrollo de algunos trastornos funcionales, mientras que en trastornos como la dispepsia, otros mecanismos fisiopatológicos tienen una mayor influencia.

Cabe destacar la mayor frecuencia de trastornos anorrectales, en las mujeres con antecedente de abuso, lo que confirma observaciones previas en donde se sugiere que *proctalgia fugax* y el síndrome del elevador del ano se asocia definitivamente con ansiedad, depresión y otras alteraciones psicológicas.²⁵ Respecto a este último punto, en nuestro estudio encontramos que los niveles para ansiedad y depresión fueron significativamente mayores, como era de esperarse, en las mujeres con antecedentes de abuso. Aún encontramos una correlación positiva entre el número de trastornos funcionales digestivos y la intensidad de la ansiedad y depresión en los casos estudiados. Nuestros hallazgos confirman un postulado propuesto por Drossman y cols.,²⁶ que sugiere que las alteraciones psicológicas *per se* son el mediador en el desarrollo de los TFD en el contexto de las situaciones de abuso.

Leserman y cols.,²⁰ evaluaron a los pacientes con síndrome de intestino irritable presentados a una clínica de atención terciaria. Todos los pacientes fueron tamizados para abuso físico o sexual. Los pacientes con abuso fueron evaluados usando dos instrumentos validados: un instrumento para severidad del abuso y el índice de severidad del intestino funcional. De manera interesante, encontraron que al aumentar el nivel de abuso, la

gravedad de los síntomas aumentó de forma similar. Esto puede parecer intuitivo, pero la importancia aquí es que el abuso puede afectar significativamente la gravedad del síndrome de intestino irritable.

Finalmente, un hecho particular que encontramos en nuestro estudio fue que las mujeres con antecedente de abuso tuvieron una menor preparación profesional que el grupo control, lo que refleja las implicaciones sociales y la limitación intelectual que puede condicionar el maltrato en cualquiera de sus modalidades.

Las implicaciones de nuestro estudio son importantes, ya que el entendimiento de la asociación entre abuso y TFD, especialmente en aquellos casos graves y/o refractarios, facilitará que el médico establezca estrategias propias para tratar de determinar el papel y la influencia de la historia de abuso en cada caso. Además, en esos casos particulares el médico tendrá mayor confianza para realizar una intervención significativa en la salud mental a través de un grupo interdisciplinario. La falla al preguntar sobre el abuso puede impedir, por lo general, el tratamiento efectivo de los TFD, especialmente del paciente con síntomas refractarios.

Dentro de las ventajas metodológicas de nuestro estudio es que fue un estudio de casos y controles, realizado en nuestro país, utilizando escalas validadas específicamente para nuestra población, por lo que, los resultados obtenidos son aplicables en nuestra práctica clínica.

La prevalencia de abuso en otras condiciones como cistitis intersticial, fibromialgia y dolor pélvico crónico también es alta.¹² En este estudio no se evaluaron tales condiciones debido a lo exhaustivo que resultaría una evaluación de estas condiciones, pero será interesante evaluar estas condiciones y sus interacciones con los TFD en estudios futuros. Otra limitación es que fue un estudio transversal, y si sabemos que los síntomas de los TFD se caracterizan por sus constantes fluctuaciones, hubiera sido interesante evaluar la progresión y estabilidad de estos padecimientos a lo largo del tiempo.

En conclusión, nuestros resultados confirman que sí existe una real asociación entre abuso físico, psicológico y/o sexual, y los TFD, ya que demostramos una alta prevalencia de éstos en las mujeres con este antecedente, al compararlo con un grupo control. En esta relación, la ansiedad y depresión concomitante juegan un papel determinante. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones clínicas.

Bibliografía

1. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E *et al.* U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569-1580.
2. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C *et al.* Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991;101:927-934.
3. Lopez-Colombo A, Bravo-Gonzalez D, Corona-Lopez A *et al.* First community-based study of functional gastrointestinal disorders (FGID) in Mexico using the Rome II modular questionnaire. *Gastroenterology* 2006;130(4):A508-A508 Suppl. 2.
4. Schmulson M, Ortiz O, Santiago-Lomeli M *et al.* Frequency of functional bowel disorders among healthy volunteers in Mexico City. *Dig Dis* 2006;24:342-347.
5. Valerio-Ureña J, Perez-Sosa JA, Jimenez-Pineda A *et al.* Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz. *Rev Gastroenterol Mex* 2006;71:A124.
6. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E *et al.* U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569-1580.
7. Mitchell CM, Drossman DA. Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 1987;92:1282-1284.
8. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A *et al.* The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000;119:654-660.
9. Creed F, Ratcliffe J, Fernandez L *et al.* Health-related quality of life and health care costs in severe, refractory irritable bowel syndrome. *Ann Intern Med* 2001;134:860-868.
10. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006;130:1377-90.
11. Jones MP, Dilley JB, Drossman D, Crowell MD. Brain-gut connections in functional GI disorders (anatomic and physiologic relationships). *Neurogastroenterol Motil* 2006;18:91-103.
12. Olden KW, Brown AR. Treatment of the severe refractory irritable bowel patient. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2006;9:324-30.
13. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR. Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients (association with irritable bowel-type symptoms). *Am J Gastroenterol* 1995;90:366-371.
14. Delvaux M, Denis P, Allemand H. French club of digestive motility. Sexual and physical abuses are more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicenter inquiry. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997;9:345-352.
15. Scarinci IC, McDonald-Haile JM, Bradley LA, Richter JE. Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse (a preliminary model). *Am J Med* 1994;97:108-118.
16. Heitkemper M, Jarrett M, Walker E, Landenburger K, Bond EF. Effect of sexual and physical abuse on symptom experiences in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res* 2001;50:1-9.
17. Ali A, Toner BB, Stuckless N, Gallop R, Diamant NE, Gould M *et al.* Emotional abuse, self-blame and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosom Med* 2000;62:76-82.
18. Perona M, Benasayag R, Perello A *et al.* Prevalence of functional gastrointestinal disorders in women who report domestic violence to the police. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:436-41.
19. Drossman D, Corazziari R, Talley NJ *et al.* And the Rome II Multinational Working Teams. Rome II. En: Drossman DA, ed. Rome II, 2nd edition. Lawrence, All Press, 2000.
20. Leserman J, Li Z, Drossman DA *et al.* Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine* 1998;28:417-425.
21. Lopez-Alvarenga JC, Vazquez-Velazquez V, Arcila-Martinez D *et al.* Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese mexican patients. *Rev Invest Clin* 2002;54:403-9.
22. Zigmund A, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
23. Drossman DA, Leserman J, Nachman G *et al.* Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990;113:828-833.
24. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS *et al.* Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med* 1992;152:1186-1190.
25. Heymen S, Wexner SD, Gullledge AD. MMPI assessment of patients with functional bowel disorders. *Dis Colon Rectum* 1993;36:593-596.
26. Drossman D, Talley N, Leserman J *et al.* Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Ann Intern Med* 1995;123:782-794.