

## ***CALIDAD DE VIDA, RESILIENCIA, PERCEPCIÓN Y CONDUCTA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DISPEPSIA FUNCIONAL***

STEFANO VINACCIA\*, JAPCY MARGARITA QUICENO\*\*,  
 AILYN MEDINA\*\*\*, BRIYITH CASTAÑEDA\*\*\*, PAULA CASTELBLANCO\*\*\*  
 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ – COLOMBIA

*Recibido, noviembre 30/2012*

*Concepto evaluación, agosto 24/2013*

*Aceptado, diciembre 23/2013*

**Referencia:** Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Medina, A., Castañeda, B., Castelblanco, P. (2014). Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (1), 61-70. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.7

### Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad y conducta de enfermedad, y el efecto de éstas sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 49 pacientes con diagnóstico de Dispepsia Funcional de la ciudad de Bogotá, Colombia. El diseño fue descriptivo correlacional de corte transversal. Instrumentos: Escala de afrontamiento resiliente BSRS, Cuestionario de percepción de enfermedad IPQ-B, Cuestionario de conducta de enfermedad IBQ, y Cuestionario de calidad de vida en relación con los problemas de estómago e intestinales (QOL-PEI). Los resultados mostraron niveles moderados de resiliencia y niveles desfavorables de calidad de vida, sobre todo en la dimensión síntomas habituales del cuestionario QOL-PEI. A nivel del análisis de regresión lineal múltiple, se encontró que la dimensión respuesta emocional del IPQ-B tuvo un peso negativo sobre la calidad de vida. Conclusión: se sugiere el desarrollo de programas de intervención psicológica para el tratamiento del distrés psicológico y la sintomatología física de los pacientes con dispepsia funcional.

*Palabras clave:* calidad de vida, resiliencia, percepción de enfermedad, conducta de enfermedad, dispepsia funcional.

## ***QUALITY OF LIFE, RESILIENCE, PERCEPTION AND ILLNESS BEHAVIOR IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA***

### Abstract

The aim of this study was to assess the relationship between resilience, perception of illness and illness behavior, and its effect on the health-related quality of life of 49 patients with Functional Dyspepsia from the city of Bogotá, Colombia. The design was descriptive correlation cross-sectional. Instruments: The Brief-Resilient Coping Scale BSRS, the Brief Illness Perception Questionnaire IPQ-B, the Illness Behavior Questionnaire IBQ and the Dyspepsia Related Health Scales DRHS. The results showed moderate levels of resiliency, unfavorable quality of life, particularly in the dimension *usual symptoms* of the DRHS questionnaire. The multiple linear regression analysis showed that the emotional response dimension of the IPQ-B has a negative weight on quality of life. Conclusion: the development of psychological intervention programs is suggested for the treatment of psychological distress and physical symptoms in patients with functional dyspepsia.

*Key words:* quality of life, personal strengths, depression, stress, adolescents.

## ***QUALIDADE DE VIDA, RESILIÊNCIA, PERCEPÇÃO E CONDUTA DE ENFERMIDADE EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DISPEPSIA FUNCIONAL***

### Resumo

O objetivo de este estudo foi avaliar as relações entre resiliência, percepção de enfermidade e conduta de enfermidade, e o efeito delas sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde em 49 pacientes com diagnóstico de Dispepsia Funcional da cidade

\* vinalpi47@hotmail.com

\*\* japcyps@hotmail.com

\*\*\* Semillero de investigación PsiPos.

de Bogotá na Colômbia. O desenho foi descritivo correlacional de corte transversal. Instrumentos: Escala de enfrentamento resiliente BSRS, Questionário de percepção de enfermidade IPQ-B, Questionário de conduta de enfermidade IBQ, e Questionário de qualidade de vida em relação com os problemas de estômago e intestinais (QOL-PEI). Os resultados mostraram níveis moderados de resiliência e níveis desfavoráveis de qualidade de vida, sobretudo na dimensão sintomas habituais do questionário QOL-PEI. A nível da análise de regressão linear múltipla, encontrou-se que a dimensão resposta emocional do IPQ-B teve um peso negativo sobre a qualidade de vida. Conclusão: sugere-se o desenvolvimento de programas de intervenção psicológica para o tratamento do distresse psicológico e a sintomatologia física dos pacientes com dispepsia funcional.

*Palavras chave:* qualidade de vida, resiliência, percepção de enfermidade, conduta de enfermidade, dispepsia funcional.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional de larga duración que obliga a cambios en los hábitos y estilos de vida de quien la padece. Entre las enfermedades crónicas se encuentra la dispepsia funcional (DF) o la dispepsia no ulcerosa (Vinaccia y Quiceno, 2012). La DF es una enfermedad que se manifiesta con molestia en la parte superior del abdomen o malestar epigástrico, es multifactorial, periódica, que se puede cronificar con el tiempo, con síntomas y signos característicos tales como: saciedad temprana, náuseas o vómito, distensión abdominal y ardor en el estómago (quemazón) -en ausencia de una causa orgánica identificable por medios diagnósticos convencionales- (Danesh & Pounder, 2000; Panganamamula, Fisher & Parkman, 2002; Talley et al., 2000). Las causas orgánicas de la dispepsia son la úlcera péptica, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el cáncer gástrico o esofágico, el cáncer de páncreas o los trastornos biliares, la intolerancia a alimentos específicos o fármacos, y otras enfermedades infecciosas o sistémicas (Kumar, Pate & Sawant, 2012, Tobón, Sandín & Vinaccia, 2005).

La prevalencia de la DF en el mundo occidental es aproximadamente del 20% al 25% en la población general, por lo que implica importantes costos económicos para los servicios de salud (Kumar et al., 2012), encontrándose además que esta enfermedad tiene una gran carga psicológica. Por tanto, la mayoría de las investigaciones se han centrado en las relaciones de la DF con el estrés, los trastornos psicopatológicos, los factores psicobiológicos asociados a la bacteria *Helicobacter Pylori* (Tobón et al., 2005), las emociones negativas como ansiedad y depresión, la personalidad, el neuroticismo, la calidad de vida relacionada con la salud (Filipović et al., 2011), y las conductas de salud (Panganamamula et al., 2002).

Al respecto, la conducta de enfermedad es un constructo propuesto por Issy Pilowsky para describir una inadecuada o mala adaptación y/o un estilo de experimentar, evaluar y actuar en relación con la salud y la enfermedad (Pilowsky y Spence, 1983; Prior y Bond, 2008, 2010, 2013). Hace referencia a las actitudes y sentimientos sobre la enfermedad, la percepción de las reacciones de los demás ante

ésta, y la visión propia acerca de su situación psicosocial (Nieto, Abad, García, López & Morales, 1989). Los estudios son concluyentes en demostrar, a nivel de la conducta de enfermedad, que el tabaquismo, el ácido acetil salicílico, los anti-inflamatorios no esteroides -AINEs- (Wildner-Christensen, Hansen & De Muckadell, 2006), el consumo de alcohol (Tobón et al., 2005), las alteraciones del sueño, el comer a deshoras, una dieta irregular (baja en verduras) y la inapetencia (Miwa, 2012), son factores de riesgo significativos para la DF.

Por otro lado, la percepción de calidad de vida (CV) es entendida como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y el deterioro provocado por una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud (Patrick & Erickson, 1988). Este constructo evolucionó del concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 1948, donde la salud es entendida como un “estado de bienestar físico, psíquico y social y no únicamente de ausencia de enfermedad”. Al respecto, se ha encontrado que la CV en los pacientes con DF es desfavorable (Kumar et al., 2012) en comparación con población general y especialmente en las mujeres (Ponce et al., 2009; Welén, Faresjö & Faresjö, 2008) por los altos índices de somatización (Van Oudenhove et al., 2011), y la ansiedad/depresión son factores que la predicen (Filipović et al., 2011; Haag et al., 2008). Igualmente el estrés psicosocial -ya sea agudo o crónico- precede frecuentemente el inicio y exacerbación de los síntomas de la DF (Kumar et al., 2012, Miwa, 2012).

Por otro lado, las llamadas representaciones (o esquemas) de la enfermedad son las ideas organizadas acerca de esta condición que se adquieren a través de experiencias de determinadas enfermedades que haya padecido el mismo sujeto o sus familiares y/o amigos (Marks et al., 2008; Taylor, 2007). Las representaciones de enfermedad comprenden información básica acerca de una enfermedad; la *identidad* o etiqueta de una enfermedad es el nombre de ésta; sus *consecuencias* son los síntomas y el tratamiento correspondiente, así como el grado en que la persona piensa que dicha afección tendrá un impacto en su vida; sus *causas* son los factores que la persona cree que dan lugar a la enfermedad; la *duración* se refiere a la cantidad de tiempo

que se espera dure la enfermedad, y la *curación* identifica si la persona cree que la enfermedad se puede curar mediante tratamiento apropiado (Álvarez, 2002; Beneit y Latorre, 1994; Beléndez, Bermejo y García, 2005; Leventhal, Leventhal y Cameron, 2001). Al respecto, poco se conoce sobre las representaciones cognitivas y emocionales de los pacientes con DF, ya que la mayor parte de la investigación se ha centrado en otras patologías crónicas como artritis reumatoide, cáncer, diabetes y colitis ulcerosa, donde se han evaluado las relaciones de la percepción de enfermedad con el afrontamiento, las emociones positivas y negativas (ansiedad, depresión, estrés), la personalidad, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), encontrándose una relación directamente proporcional entre calidad de vida y percepción de enfermedad en los diferentes estudios (Quiceno y Vinaccia, 2010).

Por otro lado, en los últimos veinte años, en el campo de la psicología de la salud, se vienen desarrollando estudios sistemáticos con variables positivas/salutogénicas como la resiliencia. La resiliencia es la capacidad de los individuos adultos que viven en condiciones normales, de tener niveles relativamente estables de funcionamiento físico y psicológico cuando son expuestos a un evento aislado potencialmente muy perturbador, como la muerte de un pariente cercano o un suceso violento o amenazante para su vida (Bonanno, 2004). Desde el área sanitaria es entendida como la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y desafiante (Zautra, Hall y Murray, 2008). La investigación en resiliencia se ha centrado en el estudio de enfermedades como cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, reumáticas, y dolor, entre otras. Se ha encontrado que la resiliencia puede servir de factor amortiguador ante el dolor y el estrés, y que mejora la percepción de la calidad de vida, posibilitando la adaptación y protegiendo la salud física y mental en momentos de enfermedad (Quiceno y Vinaccia, 2011).

Por lo antes planteado, y dada la ausencia de estudios en el área de la psicología de la salud, se pretende en este estudio, con un diseño descriptivo correlacional transversal tipo encuesta, evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad y conducta de enfermedad, y el impacto de estas sobre la calidad de vida referente a la salud en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional de la ciudad de Bogotá, Colombia.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaron en este estudio 49 pacientes, hombres y mujeres adultos escogidos mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles de diferentes consultorios médicos

de la ciudad de Bogotá, con diagnóstico de DF según los criterios diagnósticos de Roma II. Criterios de inclusión: a) pacientes con diagnóstico de Dispepsia no ulcerosa, informado por un médico especialista, a través de un examen de gastroenterología, y que pudieran tener diagnóstico de *Helicobacter Pylori* concomitante; b) pacientes con un mes mínimo de diagnóstico de la enfermedad; c) pacientes entre los 18 y 65 años de edad; d) pacientes con un nivel educativo básico (con conocimientos de lecto-escritura). Criterios de exclusión: a) pacientes que tuvieran diagnóstico de enfermedad gástrica severa, distinta a la mencionada anteriormente (por ejemplo tumores gástricos), y b) pacientes que no comprendieran los protocolos psicométricos.

### *Instrumentos*

*Escala de afrontamiento resiliente (The Brief-Resilient Coping Scale, BSRS)*. Diseñada originalmente por Sinclair y Wallston (2004), mide las tendencias de afrontamiento al estrés y la manera más adaptativa para afrontarlo. El BSRS comprende cuatro ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de uno a siete puntos. La escala fue traducida al español mediante proceso de traducción-retrotraducción por un profesional en psicología bilingüe. El Alfa de Cronbach para este estudio fue de 0.80.

*Cuestionario de Percepción de Enfermedad (The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-B)*. Desarrollado originalmente por Broadbent, Petrie, Main y Weinman, (2006). La traducción al español fue desarrollada por Guic (2007). La escala original no presenta el Alfa de Cronbach por las características psicométricas de la prueba, es decir, un solo ítem por dimensión. Este cuestionario está conformado por nueve ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de cero a diez puntos. Comprende ocho dimensiones y una pregunta abierta ordinal con tres posibilidades de respuesta. Las dimensiones son las siguientes: Consecuencias, Duración, Control personal, Control del tratamiento, Identidad, Preocupación, Respuesta emocional y Comprensión de la enfermedad.

*Cuestionario de conducta de enfermedad (The Illness Behavior Questionnaire, IBQ)*. Este cuestionario fue elaborado por Pilowsky y Spence (1983) y mide la conducta anormal de enfermedad. En la presente investigación se empleó la versión española de Ballester y Botella (1993). El IBQ tiene 62 ítems que pueden ser contestados con un "sí" o un "no". El instrumento se compone de siete dimensiones que describen diferentes aspectos de la conducta anormal de enfermedad: Hipocondría general, Convicción de enfermedad, Percepción psicológica versus somática de la enfermedad, Inhibición afectiva, Distorsión afectiva, Negación e Irritabilidad. El Alfa de Cronbach del Índice Whiteley de hipocondría para este estudio fue de 0.73.

*Cuestionario de calidad de vida en relación con los problemas de estómago e intestinales (Dyspepsia Related Health Scales, DRHS)*. En la versión española de Ruiz et al. (2001) se define como QoL-PEI. Este cuestionario consta de cuatro dimensiones. La primera dimensión hace referencia a los distintos síntomas habituales en la dispepsia, otorgando una puntuación a cada uno de los síntomas por separado. El sistema de respuesta es tipo Likert y va de cero a cuatro puntos. La segunda dimensión (Intensidad del dolor) se centra exclusivamente en el dolor de estómago o malestar intestinal como síntoma principal de la dispepsia, valorando su intensidad en los meses previos. El sistema de respuesta es tipo Likert y va de cero a diez puntos. La tercera dimensión refleja la repercusión del dolor en la vida del paciente, interrogando sobre su interferencia en la vida diaria, en las relaciones familiares o de amistad, y en la actividad laboral. El sistema de respuesta es tipo Likert y va de cero a diez puntos. Finalmente, la cuarta dimensión recoge la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida mediante el análisis del grado de satisfacción con la salud debida a los problemas gastrointestinales. El sistema de respuesta es tipo Likert y va de uno a cinco puntos. En cada dimensión se obtiene una puntuación que posteriormente es transformada matemáticamente en una calificación total que se expresa en forma de porcentaje, siendo los valores próximos al 100% indicativos de mejor calidad de vida. El Alfa de Cronbach de la escala total del QoL-PEI para este estudio fue de 0.82.

#### *Procedimiento*

Previo permiso y autorización de los médicos de los diferentes consultorios clínicos de la ciudad de Bogotá se llevó a cabo la investigación. En las instalaciones de cada consultorio médico se explicó a los pacientes el propósito de la investigación y se les aclaró que no recibirían retribución económica por participar en el estudio y que este procedimiento no interferiría en su tratamiento médico. Luego de la aceptación y firma del consentimiento informado, cada paciente respondió de manera individual las pruebas psicométricas, y en caso de requerirlo, el paciente contó con la ayuda del investigador a cargo. La duración aproximada de aplicación fue de una hora.

## RESULTADOS

Se presentan a continuación los análisis estadísticos del estudio. Para el análisis descriptivo de las variables edad, escolaridad, años de diagnóstico de enfermedad, afrontamiento resiliente BSRS, percepción de enfermedad IPQ-B, conducta de enfermedad IBQ, y calidad de vida en problemas de estómago e intestinales QoL-PEI, se utilizó

como medida de tendencia central la media. Así mismo, se calculó la desviación típica (*D.T*) y las puntuaciones mínimas (*Min.*) y máximas (*Máx.*) de las diferentes dimensiones de los instrumentos psicométricos utilizados. Y con respecto a las variables nominales (sexo, estado civil, con quién vive, ocupación, estrato socioeconómico, sistema de salud adscrito, tratamiento psiquiátrico y medicamentos para el tratamiento de la D.F) se emplearon porcentajes. Se calculó además el coeficiente alfa de Cronbach de las escalas totales para el análisis de fiabilidad de los instrumentos psicométricos del estudio (BSRS, IPQ-B y QoL-PEI). Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para el análisis de correlación entre las variables del estudio. Y por último, se empleó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar el peso del afrontamiento resiliente BSRS, la percepción de enfermedad IPQ-B y la conducta de enfermedad IBQ sobre la calidad de vida en problemas de estómago e intestinales QoL-PEI.

#### *Descripción de la muestra según las características sociodemográficas*

En la tabla 1 se aprecia que la gran mayoría de los participantes de este estudio fueron mujeres (73.5%), con un nivel de educación universitario, casadas (42.9%), empleadas (51.0%) que vivían en compañía de sus familiares (93.9%), de estrato socioeconómico medio (61.2%), inscritos a una Entidad Prestadora de Servicios de Salud -EPS (59.2%), con 57 meses de diagnóstico de enfermedad, es decir, con cuatro años y ocho meses de diagnóstico de dispepsia funcional. La mayoría no consumía medicamentos psiquiátricos (91.8%) ni medicamentos para la dispepsia funcional (65.3%); sin embargo, un 34.7% estaba en tratamiento médico específico para la enfermedad.

#### *Análisis descriptivos de las variables psicológicas del estudio*

En la tabla 2 se presentan los datos descriptivos de las variables psicológicas que comprendió el estudio. Se encontraron puntuaciones medias con respecto al afrontamiento resiliente (BSRS), en relación con los resultados de los estudios originales de Sinclair y Wallston (2004). Con respecto a la percepción de enfermedad (IPQ-B), y en comparación con el estudio original de Broadbent et al. (2006) se hallaron puntuaciones medias en las dimensiones control personal, control de tratamiento e identidad; medio altas en duración y comprensión de la enfermedad; y bajas en consecuencias, preocupación y respuesta emocional. Esta última dimensión tuvo las puntuaciones medias más bajas entre todas las ocho dimensiones del estudio.

En cuanto a la escala IBQ de conducta de enfermedad se encontró que hubo puntuaciones medias en las dimensiones

Tabla 1

Características sociodemográficas de los 49 participantes del estudio

|                                  | Frec. | %    |  | Frec. | %    |
|----------------------------------|-------|------|--|-------|------|
| <b>Sexo</b>                      |       |      | <b>Edad</b>                                    |       |      |
| Mujer                            | 36    | 73.5 | Media (Desviación Típica)                      | 37.2  | 13.1 |
| Hombre                           | 13    | 26.5 | Mínimo.- Máximo.                               | 18.0  | 65   |
| <b>Años cursados</b>             |       |      |  |       |      |
| Media (Desviación Típica)        | 16.0  | 3.8  |  |       |      |
| Mínimo.- Máximo.                 | 5     | 24   |  |       |      |
| <b>Estado civil</b>              |       |      | <b>Ocupación</b>                               |       |      |
| Soltero                          | 18    | 36.7 | Empleado                                       | 25    | 51.0 |
| Casado                           | 21    | 42.9 | Trabajador independiente                       | 8     | 16.3 |
| Separado/Divorciado              | 5     | 10.2 | Jubilado/Pensionado                            | 4     | 8.2  |
| Unión libre                      | 4     | 8.2  | Ama de casa                                    | 3     | 6.1  |
| Viudo                            | 1     | 2.0  | Estudiante                                     | 5     | 10.2 |
|                                  |       |      | Trabaja y estudia                              | 4     | 8.2  |
| <b>Con quién vive</b>            |       |      | <b>Estrato socioeconómico</b>                  |       |      |
| Solo                             | 2     | 4.1  | Nivel 1 y 2                                    | 10    | 20.4 |
| Con familia                      | 46    | 93.9 | Nivel 3 y 4                                    | 30    | 61.2 |
| Con amigos                       | 1     | 2.0  | Nivel 5 y 6                                    | 9     | 18.4 |
| <b>Sistema de salud adscrito</b> |       |      | <b>Meses de diagnóstico de D.F.</b>            |       |      |
| SISBEN                           | 1     | 2.0  | Media (Desviación Típica)                      | 57.8  | 60.9 |
| EPS                              | 29    | 59.2 | Mínimo - máximo.                               | 1     | 248  |
| Medicina Prepagada               | 19    | 38.8 |  |       |      |
| <b>Medicamento psiquiátrico</b>  |       |      | <b>Medicamento para el tratamiento de D.F.</b> |       |      |
| SI                               | 4     | 8.2  | SI   | 17    | 34.7 |
| NO                               | 45    | 91.8 | NO   | 32    | 65.3 |

de hipocondría general, percepción psicológica vs. somática de la enfermedad, inhibición afectiva, perturbación afectiva, negación e irritabilidad. Mientras que hubo puntuaciones medias altas en la dimensión convicción de la enfermedad y en el Índice Whiteley de hipocondría, en comparación con el estudio original de Ballester y Botella (1993).

*De acuerdo con la escala QoL-PEI se observan puntuaciones medias bajas en la dimensión gravedad de los síntomas habituales y en la escala total de QoL-PEI. Y puntuaciones medias en la dimensión satisfacción con la salud, incapacidad debida al dolor e intensidad del dolor; en comparación con el estudio original de Ruiz et al. (2001).*

*Análisis de correlación entre las variables psicológicas del estudio*

Se presenta en la tabla 3 el análisis de correlación de Pearson entre las variables psicológicas del estudio donde hubo un nivel de significación entre 0.01 y 0.05.

Se encontró que algunas dimensiones del cuestionario IPQ-B de percepción de enfermedad tuvieron correlaciones positivas y negativas entre moderadas y altas con las diferentes dimensiones del cuestionario QoL-PEI que mide calidad de vida y el Índice Whiteley de hipocondría del cuestionario IBQ.

Tabla 2

Análisis descriptivos de las variables psicológicas del estudio

|   | Desviación |        |        |        |
|---|------------|--------|--------|--------|
|   | Media      | Típica | Mínimo | Máximo |
| <b>Afrontamiento resiliente, BSRS</b>                                   | 15.8       | 3.0    | 10     | 20     |
| <b>Percepción de Enfermedad, IPQ-B</b>                                  |            |        |        |        |
| Consecuencias   | 4.5        | 2.0    | 0      | 8      |
| Duración  | 6.7        | 2.8    | 0      | 10     |
| Control personal  | 5.2        | 2.5    | 0      | 10     |
| Control de tratamiento  | 5.6        | 2.6    | 0      | 10     |
| Identidad   | 5.3        | 2.0    | 1      | 10     |
| Preocupación  | 4.8        | 2.5    | 0      | 10     |
| Comprensión de la enfermedad  | 6.7        | 2.6    | 1      | 10     |
| Respuesta emocional   | 4.2        | 2.9    | 0      | 10     |
| <b>Conducta de enfermedad, IBQ</b>                                      |            |        |        |        |
| Hipocondría general   | 2.9        | 2.1    | 0      | 7      |
| Convicción de la enfermedad   | 3.5        | 1.1    | 1      | 6      |
| Percepción psicológica vs. Somática de la enfermedad                    | 1.4        | 1.0    | 0      | 4      |
| Inhibición afectiva   | 2.8        | 1.0    | 1      | 4      |
| Perturbación afectiva   | 1.7        | 1.6    | 0      | 5      |
| Negación  | 1.7        | 1.4    | 0      | 5      |
| Irritabilidad   | 1.8        | 1.1    | 0      | 4      |
| Índice Whiteley de hipocondría  | 6.3        | 3.0    | 1      | 13     |
| <b>Calidad de vida en problemas de estómago e intestinales, QoL-PEI</b> |            |        |        |        |
| Gravedad de los síntomas habituales                                     | 40.3       | 19.1   | 3      | 75     |
| Intensidad del dolor  | 59.8       | 24.0   | 0      | 100    |
| Discapacidad debida al dolor  | 70.8       | 22.0   | 20     | 100    |
| Satisfacción con la salud   | 47.1       | 19.5   | 0      | 88     |
| QOL-PEI Total   | 55.2       | 14.6   | 21     | 80     |

*Análisis de regresión lineal múltiple*

En relación con los modelos finales de regresión lineal múltiple se encontró que la calidad de vida en problemas de estómago e intestinales QoL-PEI, presentó un coeficiente de determinación  $R^2c = 42\%$ ; explicado negativamente por las dimensiones del IPQ-B respuesta emocional ( $B = -0.449$ ;  $t = -3.237$ ;  $p = 0.002$ ) e identidad ( $B = -0.289$ ;  $t = -2.088$ ;  $p = 0.042$ ). En este estudio se aprecia que solo las variables del IPQ-B presentaron un peso negativo sobre la calidad de vida en pacientes DF.

## DISCUSIÓN

La gran mayoría de los participantes de este estudio eran mujeres, con estudios de educación superior, casadas y empleadas, de estrato socioeconómico medio colom-

Tabla 3

Análisis de correlación entre las variables psicológicas del estudio

|                                 | QOL-PEI Total | Índice Whiteley de hipocondría |
|---------------------------------|---------------|--------------------------------|
| <b>Afrontamiento resiliente</b> | 0.119         | -0.116                         |
| Consecuencias                   | -.357(*)      | 0.103                          |
| Duración                        | -0.151        | -0.006                         |
| Control personal                | -0.004        | 0.085                          |
| Control de tratamiento          | -0.027        | -0.033                         |
| Identidad                       | -.562(**)     | 0.173                          |
| Preocupación                    | -.397(**)     | .393(**)                       |
| Comprensión de la enfermedad    | 0.122         | -0.193                         |
| Respuesta emocional             | -.624(**)     | .468(**)                       |

\*\* $p < .01$ , dos colas. \* $p < .05$ , dos colas.

biano, y con cuatro años y ocho meses de diagnóstico de dispepsia funcional.

Los instrumentos utilizados en este estudio no son validados en el contexto colombiano, se cuenta solamente con algunas caracterizaciones con el cuestionario IPQ-B de percepción de enfermedad (Vinaccia, Quiceno y Remor, 2012), la escala de conducta de enfermedad (Vinaccia, Bustamante, Sánchez, Tobón y Cano, 2006) y el QoL-PEI de calidad de vida en dispepsia funcional (Cano et al., 2006). En cuanto a la escala de afrontamiento resiliente BSRS, se le realizó el proceso de traducción retrotraducción y adaptación cultural para aplicarla en este estudio.

Con respecto a la escala de afrontamiento resiliente, los participantes tuvieron niveles moderados, es decir, de alguna manera modifican las situaciones difíciles a través de la creatividad, tratan de controlar sus reacciones emocionales, consideran que las experiencias y situaciones difíciles son un medio para crecer de forma positiva y buscan remplazar las pérdidas que se pueden tener en la vida. Los datos de este estudio son ligeramente superiores a las puntuaciones medias americanas de Sinclair y Wallston (2004) (media = 15.8 vs. 14.81).

En relación con la percepción de enfermedad, los pacientes de este estudio saben que su enfermedad tiene un pronóstico de larga duración y comprenden en qué consiste. Reportan presencia de síntomas y signos de su afección que los limitan de cierta manera en su vida diaria, perciben que tienen un control moderado sobre el tratamiento médico, indicando que en la medida de sus capacidades tratan de manejar su enfermedad. Por otro lado, perciben que la enfermedad no les afecta demasiado su vida, no están muy preocupados por las consecuencias que les puede acarrear a nivel físico, social, económico y emocional, manifestando pocas respuestas emocionales de rabia, enojo, susto y tristeza.

Comparando estos resultados con la investigación de Vinaccia et al. (2012) con 121 pacientes colombianos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC), artritis reumatoide (AR) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se aprecian diferencias en el IPQ-B en las dimensiones cognitivas (control personal y control del tratamiento) que hacen referencia a la capacidad de la persona para manejar su enfermedad y el tratamiento de ésta. Los pacientes de este estudio mostraron un nivel medio en la percepción de control en comparación con los pacientes de IRC, AR y EPOC quienes tuvieron niveles medios más altos (*control personal*, media = 5.2 vs. IRC = 9.0, AR = 7.6, EPOC = 6.3 y *control de tratamiento*, media = 5.6 vs. IRC = 9.3, AR = 7.9, EPOC = 8.1). Lo anterior lleva a inferir que, independientemente de que la enfermedad sea crónica, es el tipo de enfermedad el que puede hacer

la diferencia en la percepción de control. En los pacientes con IRC, AR y EPOC su vida depende de la medicación diaria y el tratamiento, de cambios radicales en los hábitos de vida y del personal médico. Mientras que los pacientes con DF –aunque dependen de esto también–, quizás no le den una valoración tan radical para prologar su vida, sintiéndose más confiados, y por tanto, el control tiende a ser menor. Esto podría abrir nuevas líneas de estudio que analicen más la percepción de control en diferentes tipos de enfermedad por cortes de edad y sexo.

En cuanto a la conducta de enfermedad, se encontró que hay un alto nivel de convicción de la enfermedad, es decir, que los participantes de esta investigación tienden a pensar que existe algo grave en su organismo y se preocupan por los síntomas que puedan percibir; y por otro lado, tienen una alta tendencia a la preocupación somática, es decir, son muy conscientes, alertas y temerosos de su salud. Es de anotar que la conducta de enfermedad es una respuesta frecuente en pacientes con alteraciones gastrointestinales funcionales tales como la dispepsia y el colon irritable (Pilowsky, 1967; Pilowsky y Spence, 1983; Tobón et al., 2005).

De acuerdo con la escala QoL-PEI, los pacientes perciben que tienen una calidad de vida desfavorable (QoL-PEI escala total). Sin embargo, se observa que estos pacientes no tienen muy claro si están contentos con su salud, ni si el dolor de estómago interfiere en su vida diaria, o si el dolor o molestia intestinal puede controlarse; y en ciertos momentos, puede que estén o no preocupados por el dolor de estómago o molestia intestinal (satisfacción con la salud). Además, en los últimos tres meses perciben que han sentido un nivel de intensidad normal de dolor de estómago o malestar intestinal (intensidad de dolor); de igual modo, consideran que el dolor o malestar intestinal interfiere en mayor o menor grado con sus actividades de trabajo, hogar y relaciones con los amigos (discapacidad debida al dolor). De otro lado, con respecto a la gravedad de los síntomas habituales como las manifestaciones de eructos, ardor del estómago, hinchazón del estómago, vientos, mal sabor en la boca, náuseas y mal aliento, perciben molestias graves que les afectan la concentración necesaria para sus actividades diarias. Al respecto, los resultados de este estudio son más desfavorables que el estudio de Ruiz et al. (2001) con pacientes de dispepsia españoles en lo referente a la presencia de sintomatología asociada. Lo anterior lleva a inferir que variables de tipo cultural pueden mediar en la percepción de la calidad de vida, lo que sugiere el desarrollo de estudios transculturales en muestras de pacientes dispépsicos.

En cuanto al análisis de correlación se aprecia en estos pacientes que las representaciones cognitivas de la enfermedad (consecuencias e identidad) y las representaciones emocionales (preocupación y respuesta emocional) se asocia-

ron negativamente con la calidad de vida. Es decir, cuando los pacientes perciben que la enfermedad les afecta a nivel físico, social, psicológico y económico (consecuencias), y perciben interferencia e inquietud frecuente de sus síntomas y signos de enfermedad (identidad y preocupación), como presencia de emociones negativas (respuesta emocional), pueden llegar a tener peor valoración de su calidad de vida en general con respecto a su sintomatología (dolor estomacal o malestar intestinal), a la capacidad para realizar las actividades diarias y la satisfacción con la salud. Al respecto, Quiceno y Vinaccia (2010) encontraron en una revisión de literatura que la percepción de enfermedad tenía una relación directamente proporcional con la calidad de vida en diferentes patologías físicas.

De otro lado, las representaciones emocionales de preocupación y respuesta emocional (IPQ-B) se asociaron positivamente con la hipocondría, es decir, con el miedo de los pacientes a padecer una enfermedad grave, dada la presencia de síntomas, que en este caso específico son comunes en la DF, pero pueden leerse de forma catastrófica si se asocian con la presencia de emociones negativas. Algunos estudios han planteado que la interpretación de la sintomatología propia de cualquier enfermedad por parte los pacientes, se debe de alguna manera al resultado de la atención centrada en sí mismo. En otras palabras, la atención centrada en todo lo que pasa en su cuerpo interfiere en las cogniciones acerca de sus síntomas percibidos, creándose un sesgo interpretativo (Petrie, Jago y Devcich, 2007).

Más específicamente, a nivel del análisis de regresión lineal múltiple, se aprecia que la respuesta emocional -especialmente- y la identidad (síntomas y signos) de la percepción de la enfermedad, inciden negativamente sobre la calidad de vida. Resultados similares se han encontrado cuando las relaciones entre percepción de enfermedad y la CVRS han sido asociadas con emociones negativas como ansiedad y depresión, donde se ha evidenciado la influencia directa que pueden tener las percepciones negativas de la enfermedad y los estados emocionales sobre el bienestar físico y mental (Fowler y Baas, 2006; Groarke, Curtis, Coughlan y Gsel, 2004; Paschalides et al., 2004).

En conclusión, en los pacientes con DF de este estudio la enfermedad no excede sus recursos personales, razón por la cual éstos pueden emplear de forma moderada estrategias de afrontamiento resiliente que les favorecen en una percepción clara de sus límites y de las características de su enfermedad. Además, comprenden que la DF es una enfermedad relativamente benigna con periodos cíclicos de presencia y ausencia de sintomatología que son tratables a nivel clínico. Esto último no excluiría que en los periodos de exacerbación de la enfermedad llegaran a “pensar” que algo más que el estrés, la dieta irregular y/o los estados

emocionales negativos son la causa de su malestar, lo cual posiblemente desencadenaría episodios de hipocondría con búsqueda de hipótesis alternativas sobre enfermedades con algún nivel de malignidad como factores causales de sus síntomas. En estos episodios, la percepción de su calidad de vida, tanto a nivel físico como emocional, puede verse vulnerada temporalmente. En otras palabras, los periodos de actividad e inactividad de la enfermedad modulan la CVRS. En fases inactivas los síntomas y pensamientos asociados a la enfermedad disminuyen, entonces los pacientes retornan a la valoración inicial que tenían de que la enfermedad no es tan grave, mientras que en fases activas ocurre lo contrario. En estas fases recurrentes y circulares es importante que los pacientes con DF participen en programas de intervención cognitivo conductuales (Vinaccia, Tobón, Martínez-Sánchez y Sandín, 2002).

Finalmente, como limitaciones del estudio podemos encontrar, en primer lugar, el tamaño limitado de la muestra, que estuvo condicionado a las características patológicas (diagnóstico de dispepsia funcional) de los participantes del estudio; y en segundo lugar, la ausencia de estudios epidemiológicos sólidos sobre esta enfermedad en Colombia y sobre la población dispéptica de la ciudad Bogotá.

## REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México, D.F: Trillas.
- Ballester, R., & Botella, C. (1993). “Perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia”. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 233-26.
- Beléndez, M., Bermejo, R. M., & García, D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, 318-324.
- Beneit, P. J., & Latorre, J. M. (1994). Representación mental de la enfermedad. En J. M. Latorre & P. J. Beneit (Eds.). *Psicología de la salud* (pp. 215-224). Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631- 637.
- Cano, E., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Gaviría, A. M., Tobón, S., & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5, 511-520.
- Danesh, J., & Pounder, R. E. (2000). Eradication of *Helicobacter pylori* and non-ulcer dyspepsia. *The Lancet*, 355, 766-767.

- Filipović, B. F., Randjelovic, T., Ille, T., Markovic, O., Milovanović, B., Kovacevic, N., et al. (2011). Anxiety, personality traits and quality of life in functional dyspepsia-suffering patients. *European Journal of Internal Medicine*, *22*, 300-304.
- Fowler, C., & Baas, L. S. (2006). Illness Representations in Patients with Chronic Kidney Disease on Maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, *33*, 173-187.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2004). The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *43*, 1142-1149.
- Guic, E. (2007). El Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad. Recuperado el 28 de agosto 2012, del sitio Web de The Illness perceptions questionnaire: <http://www.uib.no/ipq/>
- Haag, S., Senf, W., Häuser, W., Tagay, S., Grandt, D., Heuft, G., et al. (2008). Impairment of health-related quality of life in functional dyspepsia and chronic liver disease: the influence of depression and anxiety. *Alimentary Pharmacology & therapeutics*, *27*, 561-571.
- Kumar, A., Pate, J., & Sawant, P. (2012). Epidemiology of functional dyspepsia. *The Journal of the Association of Physicians of India*, *9-12*.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, Investigación y Práctica*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Miwa, H. (2012). Life style in persons with functional gastrointestinal disorders -large-scale internet survey of lifestyle in Japan. *Neurogastroenterology and Motility*, *24*, 464-71.
- Nieto, J., Abad, M. A., García, C., López, C., & Morales, J. M. (1989). Factorización del cuestionario de conducta de enfermedad (IBQ) de Pilowsky en población clínica española. *Anales de Psiquiatría*, *5*, 104-107.
- Panganamula, K. V., Fisher, R. S., & Parkman, H. P. (2002). Functional (nonulcer) dyspepsia. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, *5*, 153-160.
- Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R., & Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 557-564.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1988). What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, *4*, 103-126.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*, 163-167.
- Pilowsky I., & Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behavior Questionnaire (IBQ)*. Adelaide, Australia, Royal Adelaide Hospital.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, *113*, 89-93.
- Ponce, J., Beltrán, B., Ponce, M., Zapardiel, J., Ortiz, V., Vegazo, O., et al. (2009). Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life of Spanish patients: the relevance of the biometric factors and the severity of symptoms. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, *21*, 620-629.
- Prior, K. N., & Bond, M. J. (2008). The measurement of abnormal illness behavior: Toward a new research agenda for the illness behavior questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 245-253.
- Prior, K. N., & Bond, M. J. (2010). New Dimensions of abnormal illness behavior derived from the illness behavior questionnaire. *Psychology and Health*, *25*, 1009-1227.
- Prior, K. N., & Bond, M. J. (2013). Somatic Symptom disorders and illness behavior: Current perspectives. *International Review of Psychiatry*, *25*, 5-18.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). RESILIENCIA. Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Revista Pensamiento Psicológico*, *9*, 69-82.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2010). PERCEPCION DE ENFERMEDAD: Una aproximación a partir del "Illness Perception Questionnaire". *Psicología desde el Caribe*, *25*, 56-83.
- Ruiz, M., Villasante, F., León, F., González-Lara, V., González, C., Crespo, M. et al. (2001). Cuestionario sobre calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale. *Medicina Clínica*, *117*, 567-573.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, *11*, 94-101.
- Talley, N. J., Stanghellini, V., Heading, R. C., Koch, K. L., Malagelada, J. R., & Tytgat, G. N. (2000). Functional gastroduodenal disorders. En D. A. Drossman, E. Corazziari, N. Talley, W. Grant Thompson & W. E. Whitehead (Eds.), *Rome II: The functional gastrointestinal disorders* (2nd ed.). Mclean, VA: Degnon Associates.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Tobón, S., Sandín, B., & Vinaccia, S. (2005). *Trastornos gastrointestinales: Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid, España: Klinik
- Van Oudenhove, L., Vandenberghe, J., Vos, R., Holvoet, L., Demmytenaere, K., & Tack, J. (2011). Risk factors for impaired health-related quality of life in functional dyspepsia. *Alimentary Pharmacology & therapeutics*, *33*, 261-274.

- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6, 123-136.
- Vinaccia, S., Bustamante, E., Sánchez, M. V., Tobón, S., & Cano, E. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 41-51.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28, 366-377.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Martínez-Sánchez, F., & Sandín, B. (2002). Efectos de un programa psicoterapéutico combinado con una terapia farmacológica en el tratamiento del estrés psicológico y la sintomatología física de sujetos con dispepsia no ulcerosa (DNU). *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 10, 187-192.
- Welén, K., Faresjö, A., & Faresjö, T. (2008). Functional dyspepsia affects women more than men in daily life: a case-control study in primary care. *Gender Medicine*, 5, 62-73.
- Wildner-Christensen, M., Hansen, J. M., & De Muckadell, O. B. (2006). Risk factors for dyspepsia in a general population: non-steroidal anti-inflammatory drugs, cigarette smoking and unemployment are more important than Helicobacter pylori infection. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 41, 149-154.
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2008). Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2, 41-64.