

**Depresión, Ansiedad e Ira Presentes en un Grupo de Personas de la Ciudad de
Medellín- Colombia, Diagnosticadas con Síndrome de Intestino Irritable**

**Depression, Anxiety and Anger in a Group of People of the City of Medellin-
Colombia, Diagnosed with Irritable Bowels Syndrome.**

Myriam M. Bula-Díaz

Susana David-Mesa

Sara E. Morales-Monsalve

Trabajo de Grado para Optar al Título de Psicólogas

Asesora Teórica

Mg. Piedad L. López-Bustamante

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad De Psicología

Medellín, 2013

Nota de Aceptación

Jurado

Medellín, mayo de 2013

Agradecimientos

Al finalizar una labor ardua como lo es el trabajo de grado nos sentimos orgullosas del resultado. Más allá de un trabajo propio, debemos agradecer a todas las personas que aportaron en el proceso y que facilitaron las cosas para que este se concretara. Nuestros agradecimientos van de manera especial y sincera a la Mag. Piedad Liliana López por darnos la oportunidad de realizar este trabajo de grado bajo su dirección, su apoyo y confianza en nuestro trabajo, no solamente en el desarrollo de este estudio, sino también en nuestra formación como investigadoras. A la profesora Clara Gärtner, quien dirigió la metodología del trabajo. También agradecemos a todos los pacientes que colaboraron en el proceso de la investigación, sin ellos no sería posible la realización de la misma.

Finalmente, a Dios por habernos permitido llegar hasta este punto, y a nuestros padres por ser el pilar fundamental en lo que somos, por apoyar nuestro trabajo incondicionalmente, por habernos facilitado los medios necesarios para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este trabajo de grado, por la motivación constante que nos brindaron, los ejemplos de perseverancia y constancia, por el valor que nos han mostrado para salir adelante y sobretodo, por el amor que nos dan.

Tabla de Contenido

Introducción 1

Problema de estudio 2

Antecedentes 3

Objetivos 11

-Objetivo general 11

-Objetivos específicos 11

Propósito y Justificación 12

Referentes teóricos 13

-Psicología de la salud 13

-Síndrome de intestino irritable 16

-Emociones 19

Método 31

Diseño de investigación 31

Participantes 32

-Muestra 32

-Procedimiento para seleccionar la muestra 32

-Criterios de inclusión 32

Instrumentos 33

-Encuesta de datos generales 33

-Cuestionario de depresión estado-rasgo IDER 34

-Inventario de evaluación de ansiedad estado-rasgo STAI 35

-Inventario de expresión de enojo estado-rasgo STAXI	36
Procedimiento	38
Variables	38
Consideraciones éticas	41
-Resolución No. 008430 de 1993. Ministerio de Salud. República de Colombia	41
-Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006	42
-Consentimiento Informado	44
Resultados	45
Descripción sociodemográfica de la muestra	45
Descripción de los estados afectivos negativos como depresión, ansiedad e ira	48
Discusión	50
Conclusiones	55
Referencias	56
Anexos	

Lista de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables de estudio 38

Tabla 2. Muestra según género 45

Tabla 3. Muestra según estado civil 45

Tabla 4. Muestra según edad 46

Tabla 5. Muestra según intervalos de edad 47

Tabla 6. Muestra según escolaridad 47

Tabla 7. Descripción de los estados afectivos negativos como depresión, ansiedad e ira
48

Lista de Anexos

Anexo A. Aval ético 68

Anexo B. Consentimiento informado 69

Anexo C. Encuesta de datos generales 74

Anexo D. Cuestionario de depresión estado-rasgo IDER 76

Anexo E. Inventario de evaluación de ansiedad estado-rasgo STAI 78

Anexo F Inventario de expresión de enojo estado-rasgo STAXI 81

Resumen

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es el trastorno gastrointestinal más frecuente a nivel mundial. “Se calcula que su prevalencia es de 10 al 20% de la población general y tiene un gran impacto en la calidad de vida produciendo altos costos en los sistemas de salud” (Castañeda-Sepúlveda, 2010, p. 4). **Objetivo:** Describir la presencia de estados afectivos negativos en personas diagnosticadas con SII. **Método:** Investigación de tipo descriptivo empirico-analitico, cuantitativo ex post-facto trasversal. La muestra se realizó por conveniencia (n=30) en adultos que sufren de SII sin ninguna alteración cognitiva significativa. Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (IDER), Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) e Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI). **Resultados:** Mayor prevalencia en mujeres (83,3%, n=25), con edades de mayor predominio entre 19 y 26 años (43,43%, n=13), en nivel de pregrado (43,33%, n=13) y mayor incidencia de personas solteras (33,3%, n=17). La depresión estado tuvo un nivel de presencia leve (50%, n=15) y la depresión rasgo evidenció presencia leve (40%, n=12). Y ausencia (46.66%, n=14). Con respecto a la ansiedad el factor estado puntuó ausencia en el 73.3% (n =22) y presencia leve en un 26.6% (n =8). Y en el factor rasgo el total de la muestra (n=30, 100%) puntuó en la escala de ausencia. Por último en la emoción de la Ira mostró ausencia en relación al estado (93.3%, n=28) y en el Rasgo presencia leve (60%, n=18). **Conclusión:** Encontrar estas características en los pacientes con SII, permite orientar la intervención psicológica desde un contexto multidisciplinario.

Palabras clave: Psicología de la Salud, enfermedad física, trastorno gastrointestinal, estados afectivos negativos, rasgo, estado

Abstract

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is the most common gastrointestinal disorder in the world. "Its estimated prevalence is of 10 to 20% of the general population. This disorder has a great impact on quality of life and causes high costs to the health system"

(Castañeda-Sepúlveda, 2010, p. 4). **Objective:** To describe the presence of negative affective states in people diagnosed with IBS. **Method:** Empirical-analytical descriptive type research. quantitative cross-ex post-facto. The sample was taken by convenience (n= 30) in adults who suffer from IBS with no significant alteration. The applied instruments were: Depression State Trait Questionnaire (DSTQ), Anxiety State Trait Evaluation Inventory (ASTEI) and Anger Expression State-Trait Inventory (AESTI). **Results:** A higher prevalence in women (83.3%, n= 25), greater predominance in ages between 19 and 26 years (43.43%, n= 13), undergraduate level (43.33%, n= 13) and higher incidence in single people (33.3%, n= 17). Depression state had a level of mild presence (50%, n= 15), depression feature had a mild presence as well (40%, n = 12). Absence in (46.66%, n= 14). Concerning anxiety the state factor scored absence in 73.3% (n= 22) and a mild presence in 26.6% (n= 8). As to the trait factor, the total sample (n= 30, 100%) scored a scale of absence. Regarding Anger Emotion the research showed absence concerning the state (93.3%, n= 28). As to the trait factor, it showed a

mild presence of (60%, n= 18). **Conclusion:** Finding these features in patients with IBS, can lead us to proceed with a psychological intervention in a multidisciplinary context.

Keywords: Health psychology, physical illness, gastrointestinal disorder, negative affective states, trait, state.

Introducción

El siguiente trabajo de grado está dirigido a describir factores como depresión, ansiedad (estado y/ o rasgo) e ira presentes en el Síndrome de Intestino Irritable (SII), con el fin de profundizar la relación existente de factores psicológicos presentes en la aparición y desarrollo de esta enfermedad física, lo que genera elementos importantes para la incursión de la psicología en el campo de la salud y permita la intervención multidisciplinaria de la enfermedad.

El tema de estudio hace parte de una serie de trabajos que alimentan la línea de psicología de la salud del grupo de investigación en psicología (GIP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana coordinada y dirigida por la docente Piedad Liliana López.

Se considera pertinente un análisis teórico de los elementos a estudiar, de igual manera un repaso de los antecedentes investigativos que se tienen del tema, para posteriormente profundizar en lo que concierne a la psicología de la salud y la relación existente entre enfermedades orgánicas y aspectos psicológicos.

El tipo de investigación es descriptivo empírico analítico de corte cuantitativo. Se utilizan instrumentos de medición como el Cuestionario de depresión estado- rasgo (IDER) (ver Anexo D), Inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI) (ver Anexo E) e Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI) (ver Anexo F).

Se hizo un análisis estadístico mediante el cálculo de descriptivos como medias, desviaciones y porcentajes.

Problema de Estudio

El estudio busca describir la depresión, ansiedad y la ira en personas que padecen el síndrome de intestino irritable (SII). Enfermedad que produce gran afectación en la calidad de vida generando altos costos en los sistemas de salud, y siendo prevalente entre el 10 al 20% de la población general (Castañeda-Sepúlveda, 2010).

La prevalencia del síndrome es similar en algunos países por ejemplo, en España entre el 2.3 y el 12.1% de los sujetos adultos refiere síntomas compatibles con este diagnóstico y se destaca una mayor prevalencia en sujetos jóvenes entre 20 y 40 años y en el sexo femenino, en una proporción de 2/1 respecto al masculino. (Estopà, Jorquera, Santos & Veiga, 2004, p. 211)

En Latinoamérica, específicamente en Brasil, Colombia, México y Uruguay, la prevalencia de SII oscila entre el 9 y el 18%. La edad de presentación tiene un amplio rango, de 16 a 89 años, con un promedio de 42 años. La distribución por género es de 2 a 4 mujeres por cada varón y afecta aproximadamente a un 15% de las mujeres y a un 5% de los varones (Valenzuela, et al., 2004).

Este trabajo se fundamenta en el campo de la psicología de la salud la cual es definida por Matarazzo (1980) (como se cita en Oblitas & Becoña, 2000) como:

El conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias. (p.17)

El SII según los criterios ROMA (1999) (como se cita en Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria & Centro Cochrane Iberoamericano, 2005) de la clasificación internacional, referido en la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable, “es un trastorno funcional digestivo que se define clínicamente por la asociación de malestar o dolor abdominal y alteraciones en el hábito deposicional (en número o en consistencia) sin causa orgánica conocida” (p.19). Se caracteriza por dolor o malestar abdominal, al menos 12 semanas en el último año, no necesariamente consecutivas.

Al estudiar el SII lo que se intenta es relacionar las variables psicológicas que puedan coadyudar en el mantenimiento, inicio, exacerbación y generación de la enfermedad. Se profundiza en componentes que hacen parte de los estados afectivos negativos tales como depresión, ansiedad e ira.

Se estudia la depresión, la ansiedad y la ira según el referente teórico de la teoría Estado Rasgo de Spielberger y Guerrero (1975) (como se cita en Andrade, Galarsi, Penna & De Andrea, s.f.), entendiéndose el primero como un estado emocional que es transitorio en el tiempo, mientras que el Rasgo se refiere a las diferencias individuales que son estables en el tiempo en cuanto la propensión de la enfermedad.

Antecedentes

Existen una serie de investigaciones que amplían el conocimiento del tema, entre los que se destacan:

Bautista, Ortiz y Muñoz (2011) en un estudio denominado “síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina” buscaron la prevalencia del síndrome de intestino irritable (SII) y la asociación con ansiedad, depresión y estrés, y el impacto en su

rendimiento académico, mediante un estudio transversal analítico, comparativo, donde fue utilizado un muestreo probabilístico de tipo polietápico para la selección de los estudiantes de medicina, independientemente de edad y sexo. Las fuentes de información fueron la historia clínica, el inventario de ansiedad, la escala de depresión de Beck, escala de eventos de la vida y el historial académico. El SII se encuentra asociado a la ansiedad, depresión y estrés, con diferencias significativas entre varones y mujeres, aunque la enfermedad no afecta el rendimiento académico de los estudiantes.

Una investigación realizada en Bogotá – Colombia por Restrepo, Páez, Guzmán y Moreno (2011) titulada “Síndrome de intestino irritable y trastornos de ansiedad y depresión” demuestra que existen factores de riesgo asociados a la presencia SII, como el género, la edad y la depresión severa documentados en la literatura. La prevalencia del SII en los pacientes de la consulta de gastroenterología fue del 23% (n=63). Se halló una asociación significativa entre el género femenino (p: 0.035), el grupo de edad de 31 a 55 (p: 0.043), y una fuerte asociación con depresión severa (p: 0.08). No se encontró asociación con la ansiedad. Los instrumentos utilizados para llegar a dichas conclusiones fueron la encuesta para medir factores sociodemográficos, los criterios Roma III para establecer el diagnóstico de SII y la escala ZUNG para depresión y ansiedad. A partir de los resultados los autores sugieren la necesidad de realizar estudios posteriores que contribuyan a verificar la existencia y fuerza de dicha asociación y así aportar mayor evidencia que permita incentivar y fomentar el manejo multidisciplinario de la depresión en los pacientes con SII.

Otro estudio, “Depression, anxiety and anger in subtypes of irritable bowel syndrome patients” (Muscatello, et al., 2010) que buscaba dilucidar las diferencias en la depresión, confirma la hipótesis general de que los pacientes con SII con constipación

(C-IBS) difieren de los pacientes con SII con diarrea (D-IBS), en pacientes no psiquiátricos. La muestra estuvo conformada por 42 pacientes con constipación predominante (IBS-C) y 44 sujetos con diarrea predominante (D-IBS). Los pacientes C-IBS presentan más síntomas depresivos y de ansiedad que los pacientes D-IBS y los subgrupos no mostraron diferencias significativas en términos de calidad de vida. A cada uno de los pacientes se le aplicó la Escala de Hamilton para la depresión-HDR, Escala de Hamilton para la ansiedad-HAMA, Inventario del estado de ansiedad, Ira Estado-Rasgo Inventario y el Índice de Calidad de Vida-ICV.

En 2010, Prasko, Jelenova y Mihal realizaron un estudio llamado “Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children” donde se evaluaban los aspectos psicológicos y la psicoterapia de enfermedades inflamatorias del intestino y el síndrome de colon irritable en niños, mediante revisión de literatura a través de la Biblioteca Nacional de Medicina de la base de datos PubMed, incluyendo todos los recursos en el período 1991-2008. Se encontró que los puntajes más altos de neuroticismo, depresión, inhibición, e inestabilidad emocional, son típicos de muchos pacientes con enfermedades crónicas y en aquellos con enfermedades gastrointestinales existe mayor deterioro en su calidad de vida.

Díaz, Díaz y Arrieta (2010) en un artículo nombrado “Factores psicosociales, sociodemográficos, culturales y familiares asociados a Síndrome de Intestino Irritable” se interesaron en describir los factores psicosociales, demográficos, culturales y familiares asociados al síndrome de intestino irritable en adultos, mediante un estudio de casos y controles en 754 pacientes, 256 diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable (casos) y 498 pacientes sin la enfermedad (controles) entre los 30 y 60 años en

tres instituciones privadas de salud de Cartagena de Indias. Se diligenció un cuestionario que incluyó el Test de Golberg (ansiedad y depresión), la escala de reajuste social de Holmes y Rahe (estrés) y el APGAR Familiar (funcionalidad familiar) y se analizaron los datos de manera univariada y bivariada midiendo la fuerza de asociación calculando odds ratio, con intervalos de confianza del 95 % y la prueba χ^2 para buscar el valor de p. Se concluyó que factores psicosociales como la depresión, ansiedad y estrés son factores de riesgo que predisponen a desarrollar o complicar el Síndrome de Intestino Irritable.

Las características clínicas del síndrome de intestino irritable en 77pacientes de acuerdo a criterios ROMA III, de dos centros asistenciales fueron analizadas en un estudio descriptivo, prospectivo y transversal realizado por León-Jiménez y Cubas-Benavides (2010) con el nombre de “Características clínicas del síndrome de intestino irritable en pacientes de dos centros asistenciales”, llevado a cabo en la ciudad de Chiclayo, capital del departamento de Lambayeque, en la costa norte del Perú. Los resultados sugieren que el dolor pélvico de tipo cólico y la constipación fueron las características principales del SII, y hubo una alta frecuencia de coexistencia de enfermedades funcionales, en especial trastornos del sueño y lumbago crónico, además depresión mayor (50,6%), migraña (32,5%) y fibromialgia (14,3%).

El estudio “Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable” realizado por Reséndiz-Figueroa, Ortiz-Garrido, Pulido, Arcila-Martínez y Schmulson (2008) evaluó el impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida (HRQOL) en pacientes con síndrome de intestino irritable; de acuerdo a la clasificación SII-Roma I de un centro de referencia en México, mediante la prueba HAD, el Cuestionario de síntomas digestivos y el instrumento SF-36. Los pacientes

fueron comparados de acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión. Se encontró que los rasgos de ansiedad o depresión impactan negativamente sobre el número de días, frecuencia de síntomas y HRQOL de los pacientes con SII moderado a grave.

En el año 2007, Cruz, Ortiz, Muñiz y Padierna (2007) realizaron una investigación llamada “Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable”, en la que estudiaron la asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable en base a criterios de DSM-IV y escala de Hamilton. Se demostró que la manifestación de ansiedad o depresión se presenta en más de 50% de los casos, y afecta en mayor proporción al género femenino, por lo que la terapéutica antidepresiva debe contemplarse en el manejo del SII.

Por otra parte, Vinnacia, et al. (2005) evaluaron la “Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de colon irritable”, en 73 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable, con el Cuestionario de calidad de vida SF36 y la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria HAD. Se observó que no hay un detrimento severo en la calidad de vida de estos pacientes probablemente debido a que algunas dimensiones se encontraban altamente preservadas. La ansiedad y depresión se relacionan significativamente con algunas dimensiones de la calidad de vida asociado a factores cognitivos, emocionales y sociales.

En el artículo “Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos”, González y De Ascencao (2005) estudiaron la vinculación de las variables psicológicas con el síndrome de intestino irritable donde los hábitos de alimentación, eliminación, sexuales y de manejo emocional se ven afectados por este; a diferencia de lo que sucede con los hábitos laborales y sociales. Señalan la importancia de profundizar el abordaje de las

crisis sintomáticas pues eso ayudaría al análisis de las contingencias asociadas a la aparición de los síntomas en los pacientes, indicando así los reforzadores y situaciones que inducen a la aparición y mantenimiento del cuadro.

Leyva-Jiménez, Olvera-Torres, Álvarez-Córdova y Alcántar-Saldívar (2006) determinaron la prevalencia en pacientes con SII en un estudio denominado “Síndrome de Intestino Irritable en un adulto que acude a una unidad de medicina familiar”, el cual tuvo lugar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en León, Guanajuato. Para esto seleccionaron 246 adultos de 20 a 49 años de edad a quienes se les realizó una encuesta para diagnosticar síndrome de intestino irritable de acuerdo con los criterios de Roma II. Como resultado se encontró que el 35% (n=85) tuvieron diagnóstico de síndrome de intestino irritable; 9% (n=8) con predominio de diarrea, 48% (n=41) con predominio de estreñimiento) y 42% (n=32) con síntomas alternos. Se concluye que la prevalencia del síndrome de intestino irritable en los adultos estudiados fue del 35% siendo más frecuente con predominio de estreñimiento.

Cornejo y Villarreal (2005) estudiaron la relación entre síntomas de SII y síntomas depresivos en un artículo llamado “Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados”. Para ello se emplearon dos encuestas simultáneas por única vez por encuestado. La prevalencia de síntomas de SII fue de 31.9%, y la de síntomas depresivos de 67.4% y una relación estadística significativa en 24.1% de pacientes que presentaban ambos tipos de síntomas.

En 2004, Vinaccia et al. (2004) investigaron la “Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales”, con el objetivo de identificar las dimensiones de la conducta anormal de enfermedad, locus de control hacia la salud, niveles de depresión y propensión a la ansiedad, en 60 pacientes con

diagnóstico de colitis ulcerativa y colon irritable, así como establecer las diferencias entre ambos grupos. Se aplicó el Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ), la Escala Multidimensional de Locus de Control hacia la Salud (MHLC), la Escala de Depresión (CES-D) y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI). Se hallaron diferencias significativas en la propensión a la ansiedad (ASI) y no en el nivel de depresión (CES-D) entre dichos grupos. Con respecto al locus de control, se encontraron diferencias significativas en el interno y no en el externo. En cuanto a la conducta de enfermedad, se percibieron diferencias altamente significativas ($p < 0.001$). Finalmente, con relación a la hipocondriasis, convicción de enfermedad, percepción psicológica versus somática, inhibición afectiva e irritabilidad, no se encontraron diferencias significativas en las escalas de negación y distorsión afectiva.

Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso (2004), realizaron un estudio exploratorio nombrado “Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio”, con una muestra de 13 pacientes, (12 mujeres 1 hombre) diagnosticados de SII según criterios Roma II, que consultaron en el Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos del Centro Médico Teknon de Barcelona. La edad varía entre los 19 y los 46 años, con una media de 32.92 años y una desviación típica de 9.45. Se encuentra una elevada comorbilidad con trastornos mentales del eje I del DSM-IV. Los diagnósticos psicológicos más frecuentes se enmarcan dentro de los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada y trastorno por angustia, principalmente) y los trastornos de somatización, estando presentes también trastornos del estado de ánimo como la depresión mayor.

En la investigación “La calidad de vida en personas con Síndrome de Intestino Irritable” realizada en el 2002 por Fernández y Álvarez, se estudió la calidad de vida en

31 pacientes diagnosticados con SII con criterios de Drossman, Thompson, Talley y cols. Para esto se indagó a través de auto informes y cuestionarios estandarizados, las manifestaciones clínicas características, la capacidad funcional, el estado emocional, el apoyo social, las conductas de enfermedad, el estado de salud y las limitaciones cotidianas. Los resultados indican que el SII no empeora la calidad de vida. Los análisis correlacionales y de regresión logística señalan que son peculiaridades comportamentales que definen este trastorno antes que la sintomatología digestiva las condiciones más potentes para explicar la calidad de vida de los pacientes. El estado depresivo, las manifestaciones de enfermedad, la apreciación de limitaciones cotidianas y las molestias en relación a la deposición, hinchazón y fatiga son los parámetros que mayor y más significativa relación guardan con una peor valoración de la calidad de vida.

Campos, León, Villarreal, Berendson y Cornejo (2001) estudiaron la “Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima” y buscaron establecer prevalencias de síntomas gastrointestinales bajos y de síntomas depresivos y estudiar la relación que puede existir entre los dos grupos de síntomas en dicha población; mediante un estudio transversal de prevalencia y un estudio caso-control. Se encuentra relación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas digestivos bajos y síntomas depresivos leves ($p < 0.05$, $OR = 10.9$), y entre la presencia de síntomas digestivos bajos y síntomas depresivos moderados ($p = 0.01$, $OR = 3.8$).

“La ansiedad y la depresión: Una característica común de cuidado de la salud que buscan los pacientes con síndrome del intestino irritable y alergias a los alimentos”, fue el nombre que se le dio a un estudio realizado por Addolorato et al. (1998), donde a

través del Inventario de ansiedad-rasgo y la Escala de depresión de Zung, se pudo establecer que el porcentaje de sujetos con altos niveles de ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y la depresión era significativamente más alta en el SII que en los intolerantes a la lactosa (LI) y controles sanos, los resultados psicológicos en pacientes con alergia a los alimentos (FA) fueron muy similares a los del SII. No hubo mayores niveles de ansiedad estado en los intolerantes a la lactosa (LI) en comparación con los controles sanos.

Objetivos

Objetivo general. Describir la presencia de estados afectivos negativos en personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable.

Objetivos específicos. Identificar depresión estado y/o rasgo en personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable.

Describir la presencia de ansiedad estado y/o rasgo en personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable.

Reconocer, los niveles de ira estado/rasgo presentes en personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable.

Propósito y Justificación

El estudio de la depresión, ansiedad y la ira presentes en el SII se hace pertinente para profundizar y generar posteriormente nuevas herramientas que permitan la prevención e intervención de la enfermedad de manera integral donde interactúen factores de tipo biológico y de tipo psicológico.

El síndrome de intestino irritable, debido a su alta prevalencia, específicamente del 10 al 20% de la población general (Castañeda-Sepúlveda, 2010), en los últimos años se convierte en un problema de interés y complejidad que requiere de nuevos aportes que proporcionen bases para determinar la relevancia que tienen los estados afectivos en la aparición y permanencia del Síndrome.

El interés por realizar este trabajo investigativo es profundizar en lo que concierne a la psicología de la salud y la relación existente entre enfermedades orgánicas y aspectos psicológicos; teniendo en cuenta que el SII es una enfermedad actual que requiere de una intervención multidisciplinar. Es interesante conocer cómo la depresión, ansiedad y la ira pueden tener relación en la aparición de molestias a nivel físico u orgánico, lo que suscita hacer una intervención desde diferentes puntos de vista a nivel profesional entre médicos y psicólogos.

Este trabajo es propuesto desde la línea de psicología y salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) en el Grupo de Investigación en Psicología (GIP), en la cual se están aportando datos que permitan el fortalecimiento de un área o campo de acción actual y hace parte de un macro proyecto de investigación aprobado por el Centro de Investigación para el Desarrollo de la Innovación (CIDI).

Con los resultados se motiva a un mayor compromiso con las intervenciones o apoyo en pacientes con SII, atendiéndolo desde una mirada global que abarque las diferentes áreas que componen el ser humano.

Referente Teórico

Psicología de la salud.

Para tener una mejor comprensión de los fenómenos que se abordan en esta investigación resulta necesario entender qué es la psicología de la salud, sus objetivos, alcances y desarrollos que repercuten en las concepciones actuales de lo que es enfermedad y lo que es salud y sus formas de abordaje.

La psicología de la salud considera los aspectos psicológicos, sociales y culturales que influyen en la aparición y mantenimiento de la enfermedad es definida como

La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar. (Oblitas, 2006b) (como se cita en Oblitas, 2008, p. 222).

Según Oblitas y Becoña (2000) es el aporte a la promoción, prevención y fortalecimiento de la salud integral realizada por diferentes áreas de la psicología, sin dejar de lado aspectos como el diagnóstico, la promoción y el tratamiento de la enfermedad.

De todo esto se puede decir que la psicología de la salud es el campo de conocimiento propio de la psicología que busca dar cuenta de aquellos factores que influyen en la salud de las personas y que escapan a lo puramente biológico, dando un lugar de privilegio a asuntos tales como los estilos de vida, las costumbres, gustos y hábitos de la persona, teniendo en cuenta su contexto y las condiciones ambientales que lo rodean y que posibilitan una comprensión más amplia de los procesos de salud y enfermedad, trascendiendo una postura en la que ambos estados se ven como opuestos y llegando a una visión de la salud como un desarrollo continuo que la persona puede cultivar a partir de sus prácticas y conductas.

“La psicología de la salud tiene como objetivo principal la prevención, y en este sentido, la modificación de los patrones de comportamiento y estilos de vida inadecuados para la salud de las personas” (Oblitas & Becoña, 2000, p. 9)

En este mismo sentido, Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero (2009) en su estudio “Salud Mental: un abordaje actual desde la psicología de la salud”, afirman que su fin sería el diseño de programas tanto de prevención de la enfermedad como de promoción y mantenimiento de la salud, mediante un conocimiento contextualizado de nuestra realidad psicológica (en sus aspectos afectivos y cognoscitivos) y socio-culturales, para que, basados en dicho conocimiento y comprensión, se realicen programas orientados al fortalecimiento de una red de servicios de salud y al desarrollo de estilos de vida sanos y coherentes a las necesidades concretas de nuestro entorno inmediato que, a su vez, también permitan reducir el impacto negativo de nuestra problemática psicosocial sobre las distintas poblaciones, comunidades, grupos, organizaciones y familias. (p. 94)

A partir del desarrollo de la psicología de la salud se consideran multiplicidad de factores que influyen en la aparición de enfermedades físicas y que no se remiten a factores netamente biológicos. “En la actualidad hay evidencia más que considerable de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo” (Heman & Oblitas, 2005) (como se cita en Oblitas, 2008, p.225). Por eso han de considerarse todos los factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales.

En 1977, Engel (como se cita en Oblitas & Becoña, 2000)

Hipotetizó la importancia de los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento. El modelo médico debe tener en cuenta el paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud. (p.13)

Los profesionales deben reconocer el impacto de la conducta diaria en la salud y en la enfermedad, como el entendimiento de las expectativas de vida las cuales se han incrementado notablemente como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico, Heman y Oblitas (2005) (como se cita en Oblitas, 2008).

Es importante destacar que la psicología de la salud se centra en procesos de prevención primaria, que busca la adopción de medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud y que implica dos estrategias: el cambio de los hábitos negativos de salud de los sujetos y la prevención de los hábitos inadecuados para el desarrollo de hábitos positivos (Oblitas & Becoña, 2000).

Knowles (1977) (como se cita en Oblitas & Becoña, 2000, p. 17) afirma que “nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y unas

condiciones ambientales inadecuadas”, lo que resalta la importancia de los factores psicológicos que se encuentran altamente relacionados con las conductas de los individuos y por tanto pueden ser prevenidos.

Es así como la psicología de la salud aborda lo referente al proceso salud enfermedad que vive el individuo con diagnósticos específicos para estimar los factores psicológicos que influyen y lograr la relación entre el estado mental y cognitivo y la salud o enfermedad física.

Síndrome de intestino irritable.

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional digestivo crónico y recurrente caracterizado por dolor, distensión abdominal y cambios en el patrón evacuatorio en el cual múltiples factores fisiopatológicos están involucrados, como alteraciones en la motilidad, inflamación, trastornos psicológicos e hipersensibilidad visceral (Castañeda-Sepúlveda, 2010).

El síndrome es de alta prevalencia a nivel mundial, haciendo más atractivo el estudio, pues se convierte en un tema de importancia actual. Este se presenta con gran frecuencia en la población general y se convierte en una de las principales causas de consulta a medicina general y gastroenterología.

Al momento de hablar de prevalencia se presentan diferencias de acuerdo con la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados; pero los datos en general dan cuenta de que un 10 a 20% de la población general, con predominio del sexo femenino presentan el síndrome, estando relacionado al tiempo con disminución de calidad de vida y altos costos de la atención médica (Castañeda-Sepúlveda, 2010).

Específicamente, en España entre el 2.3 y el 12.1% de los sujetos adultos refiere síntomas compatibles con este diagnóstico según los criterios utilizados; destaca

una mayor prevalencia en sujetos jóvenes entre 20 y 40 años y en el sexo femenino, en una proporción de 2/1 respecto al masculino. (Estopà et al., 2004, p. 211).

“A lo largo de muchos años se ha considerado las alteraciones de la motilidad digestiva como el principal factor fisiopatológico del SII” (Pozos et al., 2011, p. 2).

En el Hospital Vall d' Hebron en Barcelona-España (s.f.) se encontró que los principales síntomas del síndrome son: alteraciones en los movimientos y sensibilidad del intestino, dolor abdominal que se origina por la presencia de contracciones intestinales muy potentes junto con un aumento de la sensibilidad dolorosa intestinal, diarrea y estreñimiento producto de las contracciones rápidas o lentas, respectivamente y la sensación de distensión abdominal por un tránsito anormal del aire a lo largo del tubo digestivo.

Para el diagnóstico del Síndrome de Intestino Irritable (SII) existen distintos criterios, entre los que se destacan los criterios de Manning (1976) (como se cita en Castañeda-Sepúlveda, 2010, p. 40) como “el dolor abdominal que se alivia con la evacuación, evacuaciones más frecuentes y evacuaciones diarreicas al inicio del dolor, distensión abdominal visible, moco en la evacuación, sensación de evacuación incompleta”.

Castañeda-Sepúlveda (2010, p. 40) afirma que a partir de 1998 y hasta el año 2006 aparecen los criterios Roma I, II y III , siendo los Roma III los más recientes que destacan síntomas como

Dolor abdominal o sensación no placentera en el abdomen que ocurre al menos tres veces al mes en los tres meses anteriores acompañado de dos o más de los siguientes: mejoría del dolor con la defecación, el inicio del dolor se relaciona

con cambio en la frecuencia de las evacuaciones, el inicio del dolor vinculado con cambio en la consistencia de las evacuaciones y los síntomas deben empezar por lo menos seis meses antes del diagnóstico.

La causa del SII no se reconoce con exactitud. Moreno-Osset (2005, p. 59) afirma que

Los síntomas pueden aparecer sin motivo aparente pero no es infrecuente que se desencadenen por diferentes factores (...) como tipos de alimentos o bebidas, edulcorantes como el sorbitol o la fructosa presentes en algunas frutas o en determinados productos, algunos medicamentos, (...) así como algunas vivencias estresantes.

El SII se entiende como un proceso multifactorial, donde se conocen diferentes aspectos causales. Uno de estos factores es el estrés, ya que genera cambios en el inicio y/o complicación de la sintomatología, además Se hace mención a la importancia de ciertos estados afectivos negativos en la presencia y desarrollo del síndrome de intestino irritable (SII). Huertas en el 2007 afirma que “entre el 54 y 74% de pacientes con SII tienen asociado trastornos psiquiátricos y entre 4 y 24% presentan trastornos de ansiedad, aunque probablemente esté subdiagnosticado” (p.84).

Morris-Yates et al. (1998) (Como se cita en Estopà et al, 2004, p.212) concluyeron que al menos el 58% de las diferencias individuales en la responsabilidad del desarrollo del SII podría estar bajo control genético. Lo cual sugiere que los factores genéticos son otras de las posibles causas del SII.

Finalmente, la influencia del sexo según diferentes estudios realizados, indica que puede ser otro de los posibles factores que inciden en la aparición y desarrollo del SII, pues ésta enfermedad es de mayor prevalencia entre las mujeres que en los varones.

Emociones.

Dentro de la historia se conoce la emoción de modo subjetivo y las personas describen sensaciones internas a las que llaman sentimientos, estados de ánimo y emociones. Algunas de estas emociones varían de un momento a otro y suelen estar relacionadas con nuestros pensamientos y nuestras experiencias e incluso nos llevan a actuar de una u otra manera (Catanzaro, 2001).

Darwin (1872) (como se cita en Catanzaro, 2001, p. 7) “sentó las bases para la comprensión moderna de las emociones humanas. Mostró semejanzas entre el lenguaje de los humanos y el de otros mamíferos”, para aducir que las emociones son adaptaciones desarrolladas y no aprendidas como en ocasiones se cree. Actualmente se conocen algunos mecanismos fisiológicos que sostienen los impulsos primarios y las emociones y se dice que éstas y algunas expresiones faciales se presentan desde la evolución de los primates en particular y de los mamíferos en general.

El desarrollo de las emociones se presenta dentro de una red de interacciones complejas con la familia, sus semejantes, la comunidad y el ambiente. Harlow y Mears (1983) (como se cita en Catanzaro, 2001) dicen que el surgimiento de las emociones de amor, miedo y enojo entre los primates criados socialmente tanto humanos como no humanos sigue la misma secuencia, es decir el desarrollo emocional del individuo está moldeado por la naturaleza de la vinculación con la familia y los semejantes, la cual a su vez se ve relacionada con las emociones de miedo e ira.

Catanzaro (2001) asegura que los humanos dentro de estos medios de interacción, educan a sus hijos en diversas formas para que puedan moldear la emoción hacen uso de premios y castigos para influenciar la conducta de los demás.

Además las emociones son destacadas en la infancia y pueden moderarse y moldearse progresivamente de acuerdo a la edad de cada persona. El comportamiento humano, es un desdoblamiento de instintos básicos y emociones, alteradas y elaboradas por la experiencia (Catanzaro, 2001).

Algunas de las emociones que se describen para efectos de este estudio son la depresión, la ansiedad y la ira.

Depresión. La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) (como se cita en Dupont, s.f., párr. 20) define la depresión como “una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad”, lo que apoya los criterios diagnósticos anteriores.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-IV TR] de la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2004)

El episodio depresivo mayor se caracteriza por un periodo de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, además de una disminución importante del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida de peso importante (sin haber hecho régimen) o aumento significativo de peso, gracias a la disminución o aumento del apetito casi cada día (p.391).

Otros síntomas que acompañan el episodio depresivo mayor son el insomnio o hipersomnia que se manifiesta con un sueño constante durante el día, la agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo, disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse, visión pesimista, poco promisorio o "negra" del futuro, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse (DSM-IV-TR, 2004).

La teoría explicativa de la depresión planteada por Spielberger, Agudelo y Buela-Casal en el 2007 (como se cita en Agudelo, 2009), resalta su presencia como estado y/o rasgo; en el primero la depresión se percibe como un elemento constante en el tiempo, y en el rasgo fluctuante y transitorio. Sin embargo, se debe tener presente que entre los anteriores factores no necesariamente existe incompatibilidad puesto que puede existir un rasgo de personalidad depresiva con fluctuación en el tiempo, presentándose como un estado en respuesta a la percepción de las experiencias que vive la persona.

La depresión mayor responde a un proceso multifactorial sin causas únicas, su probabilidad de desarrollo está ligada a un amplio grupo de factores de riesgo, entre los que se resaltan componentes personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Entre las circunstancias personales o sociales se ha señalado la pobreza, situación que se agudiza cada vez más, las enfermedades crónicas físicas o mentales, la asociación con el consumo de alcohol y tabaco y circunstancias laborales, puesto que los desempleados, discapacitados y las personas que deben renunciar a sus empleos por enfermedad presentan depresiones con mayor frecuencia.

Otros elementos que se deben tener presentes son el estado civil y el estrés como factores determinantes en el desarrollo de la enfermedad, así como adversidades a lo largo de la vida. Finalmente respondiendo a factores genéticos los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor presentan el doble de probabilidad que las demás personas de presentar dicho trastorno. (Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, 2008).

Para Montes (s.f.) la depresión se considera actualmente como un problema de salud pública, debido a su alta proporción, se estima que el 5% de la población mundial presenta algún trastorno depresivo, estando relacionado con índices representativos de muerte por suicidio, lo que motiva a nuevas investigaciones y programas de prevención.

La prevalencia del trastorno depresivo mayor oscila entre el 2 y el 25%, aproximadamente, y tiene algunas variaciones en función del sexo, siendo más repetida en mujeres (25%) que en hombres (12%). Se encuentra además que la edad promedio para la aparición de la depresión se sitúa alrededor de los 25 años (Montes, s.f.).

Ansiedad. La ansiedad tiene una función muy importante que se relaciona con la supervivencia así como lo hacen algunas otras emociones como el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad.

Según Tobal (1990) (como se cita en elergonomista.com, s.f., párr. 6) es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada

tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

En el 2012, Ciprián afirma que biológicamente, ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico y el sistema dopaminérgico en donde la ansiedad sería una señal positiva, que permite reaccionar a algunas situaciones que ponen en peligro al organismo y por lo tanto a la persona.

La ansiedad puede conllevar a un trastorno psicopatológico “que trae consecuencias negativas para quienes lo padecen” (psicologiaonlinecentral.com, s.f., párr. 5) y se diferencia por la permanencia en el tiempo de los síntomas ansiosos sin causa aparente que lleva a la persona a entorpecer sus actividades cotidianas. En el caso de la ansiedad patológica se presenta “una sensación imprecisa de angustia y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento” (psicologiaonlinecentral.com, s.f., párr. 6).

Existen algunas conceptualizaciones frente a la ansiedad, tales como la cognoscitiva, la fisiológica y la motora. Cada una de ellas tiene determinados síntomas o características propias que la determinan. En cuanto a la parte cognitiva, se habla de pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo y de igual manera funciones superiores. Lo fisiológico se muestra como consecuencia a la actividad de los sistemas orgánicos del cuerpo, es decir responde a síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios, neuromusculares y neurovegetativos y lo motor que abarca la hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, conductas de evitación (elergonomista.com, s.f.).

Barlow y Duran (2006) definen la ansiedad como un estado de ánimo que se caracteriza por un afecto marcadamente negativo y síntomas corporales de tensión, en el cual una persona aprensiva piensa que hay un peligro en su futuro o desgracia. La ansiedad puede involucrar sentimientos, conductas y respuestas psicológicas (p. 124).

“En la actualidad se estima que un 20.5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo” (altonivel.com, 2011, párr. 1).

Desde diferentes teorías, se ha hablado de la ansiedad. Para el conductismo es simplemente una conducta, conducta que "solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta" Skinner, (1974) (como se cita en psicocentro.com, 2011).

En 1981, Wolpe (como se cita en psicocentro.com, 2011, párr. 16) plantea que un estímulo que previamente no sea capaz de evocar respuestas de ansiedad puede adquirir el poder de hacerlo, si resulta que está actuando sobre el organismo cuando la ansiedad está siendo evocada por otro estímulo. Entonces se convierte en un estímulo condicionado a la ansiedad, y la ansiedad por él evocada puede, en ocasiones posteriores condicionarse a otros estímulos. (párr.15)

Desde esta teoría conductista, no se diferencia el miedo de la ansiedad, ya que ambos tienen las mismas manifestaciones fisiológicas, mientras que los teóricos cognitivos, diferencian el miedo de la ansiedad afirmando que “la ansiedad es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. El miedo involucra una

apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación" Beck (1985) (como se cita en psicocentro.com, 2011, párr. 18).

Por lo cual, los estados de ansiedad, involucran pensamientos o imágenes que aparecen de forma repentina, y son elicitados por un estímulo primario. Esto genera que los individuos que experimentan ansiedad sobrevaloren la percepción de amenaza y presenten anticipación negativa frente al futuro y la probabilidad de daño (Beck (1985) (como se cita en psicocentro.com, 2011).

La Teoría de los dos factores de Mower, por su parte, destaca algunos aspectos importantes en los que al “principio la ansiedad es una emoción adaptativa que ayuda a adaptarnos al medio, pero si los síntomas de ansiedad se mantienen en el tiempo, pasarían a ser trastornos y ya no haría una conducta adaptativa” (elergonomista.com, s.f., párr. 5).

Para Miguel-Tobal (1990) (como se cita en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003) la ansiedad surge como respuesta emocional o como estado, que abarca aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero y aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un grado de activación del sistema periférico en un nivel alto. Es decir, “como reacción temporal o como una condición más o menos estable en forma de predisposición” (Sandín & Chorot, 1995; Spielberger y Guerrero, 1975) (como se cita en psicocentro.com, 2011, párr. 22).

La ansiedad- estado es definida como un estado emocional que es transitorio y que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por una activación fisiológica. Estos estados pueden variar en intensidad y ser fluctuantes en el tiempo. Por

su parte, la ansiedad rasgo hace referencia a características estables y diferencias individuales que se manifiestan a través de la tendencia a percibir las situaciones como amenazantes presentando elevaciones en la intensidad (Spielberger y Guerrero, 1975) (como se cita en psicocentro.com, 2011).

Según la Teoría de Spielberger (1975) (como se cita en Casado, 1994) el proceso inicia con una valoración por parte del individuo. Cuando los estímulos que resultan de esa valoración, no son una amenaza, entonces no se producirán reacciones de ansiedad, mientras que si la valoración representa amenaza ese individuo mostrará un incremento de ansiedad o intentará reducir el estado de ansiedad mediante mecanismos defensivos como respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares.

Ira. Según la página web definicionabc.com (s.f., párr. 1)“La ira hace referencia a todos aquellos sentimientos de violencia, enojo, angustia e indignación generados en torno a situaciones o personas específicas”, además de ser vista y entendida por muchos psicólogos y profesionales e incluso personas comunes, “como un sentimiento de descontrol anímico que puede resultar muchas veces en diferentes tipos de violencia”, especialmente si no está bien manejada.

Suele ir acompañada de un impulso de venganza, que se expresa en agresión, sin embargo, la ira y la agresión no siempre van unidas. La ira puede ser la causa de una conducta irritable, retraída, deprimida o constructiva y la conducta agresiva puede ser desencadenada por estados diferentes de ira. (Torres, s.f., p. 4)

Autores como Rimé y Giovannini (1986) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 7) aseguran que existen manifestaciones comunes que reportan las

personas con ira, estas son “síntomas fisiológicos como, el arousal displacentero, el “sentirse caliente”, la tensión muscular o el incremento de la presión arterial”.

El término ira ha tenido múltiples acepciones y definiciones en la investigación psicológica, al igual que en el lenguaje cotidiano, refiriéndose tanto a sentimientos, como a reacciones corporales o fisiológicas o a actitudes hacia otras personas.

Las primeras definiciones de ira enfatizan en los síntomas fisiológicos que acompañan a esta respuesta emocional como las planteadas por Buss (1961) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 7) quien la relaciona con “factores faciales-esqueléticos y autonómicos”, Feshbach (1964) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 7) la define como “un estado indiferenciado de activación o arousal emocional” y Kaufman (1970) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 7) quien la entiende como “un estado de activación física que coexiste con actos fantaseados o intencionados y que culmina con efectos perjudiciales para otras personas”.

Rothenburg (1971) (como se cita en Pérez, Redondo y León, 2008, párr. 6) en cambio habla de que “la ira ocurre en contextos de relaciones significativas y ha de tener un significado comunicacional” y para Averill (1982) (como se cita en Pérez, Redondo y León, 2008, párr. 6), “es una respuesta emocional que se da de acuerdo a un rol social y que cumple una función en ese sistema social”.

Johnson (1990); Harburg, Blakelock y Roeper (1979); Spielberger (1988); Spielberger, Krasner y Solomon (1988) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 23) refieren la expresión de ira como “una respuesta transaccional a las provocaciones del medio, que sirve para regular el displacer emocional asociado a la

problemática de las relaciones interpersonales” sirve también para favorecer y mantener altos niveles de energía.

Izard (1977, 1991) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 6) “la describe como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la obtención o satisfacción de una necesidad”.

Danesh (1977) y Berkowitz (1993a, 1999) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 6) por su parte asemejando la definición de Izard hablan de un “organismo que responde ante la percepción de una amenaza con un impulso de ataque, que sería la ira, o con un impulso de huida, más relacionado con el miedo y la ansiedad”.

Smith (1994) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008) diferencia la experiencia de ira con la expresión de la ira. En relación a la experiencia sugiere que hay procesos subjetivos consecuentes de emociones relacionadas y de procesos cognitivos que se caracterizan por la hostilidad y la expresión hace referencia a la conducta agresiva que sigue a la ocurrencia de un episodio de ira.

Lewis (1993) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 21) habla de la ira como un concepto de experiencia emocional e indica que la experiencia emocional se convierte en “una construcción cognitiva que utiliza la naturaleza de los cambios fisiológicos, además de la historia pasada o las respuestas de otros. A la vez entiende la expresión emocional como todos aquellos cambios que son potencialmente observables”.

Berkowitz (1993a, b) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 16) asume que “los diversos estados emocionales, han de ser considerados como redes asociativas en las cuáles hay tipos específicos de sentimientos, reacciones fisiológicas, respuestas motoras, y pensamientos y recuerdos que mantienen una conexión entre sí”.

La activación de los subsistemas de la red o síndrome tendería a activar los otros componentes con los que está asociado.

Berkowitz, (1999) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 7) describe

Síntomas fisiológicos de la ira que se muestran de forma muy marcada en la activación del sistema simpático, lo que propicia un incremento de la frecuencia cardiaca, y un importante incremento de la tensión muscular. Estos síntomas son también característicos del miedo, aunque según el mismo autor se dan en menor proporción en la ira, y se diferencian fisiológicamente del miedo en el hecho de que típicamente la ira es descrita como un sentimiento “caliente” mientras que el miedo se experimenta como una experiencia más fría.

Fernández-Abascal y Díaz, (1995) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008) relacionan el constructo de estilos de afrontamiento con el de la ira y lo asocia con experiencia versus expresión de ira e ira hacia dentro versus ira hacia fuera.

Lazarus y Folkman (1984); Snyder y Dinoff (1999) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008, párr. 22) hablan del afrontamiento focalizado en la emoción como “aquellas estrategias con las que la persona intenta manejar la respuesta emocional que se da ante el estresor”. Los tipos de afrontamiento emocional cumplen un papel relevante en el ámbito de la psicología de la salud, por la influencia que éstos ejercen.

Spielberger (s.f.) (como se cita en Pérez, Redondo & León, 2008), relaciona la ira al igual que la ansiedad y la depresión como un estado o como un rasgo. La ira (estado), como un “estado emocional que consta de sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia” (p.4), con activación concomitante del sistema nervioso,

se encarga de medir la intensidad que tienen los sentimientos de ira y el grado en el que cada persona siente que está expresando su ira en determinado momento.

La ira (rasgo) mostraría las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con que aparece el estado de ira a lo largo del tiempo. En la ira rasgo, existe una disposición a experimentar ira sin una provocación específica (Pérez, Redondo & León, 2008).

Referente a la ira, existe una distinción entre la experiencia emocional y los estilos de afrontamiento de esa experiencia emocional. Frente a la experiencia, la ira es conceptualizada desde la frecuencia en que aparece y la intensidad que se refleja en los estados caracterizados por irritación, enojo, rabia y producen una activación fisiológica. Mientras que la expresión, está relacionada con la respuesta que favorece la regulación emocional asociada a la problemática de las relaciones (Pérez, Redondo y León, 2008).

Con lo anterior es indispensable reconocer que el síndrome de intestino irritable ofrece un amplio campo de estudio, no sólo por su sintomatología, sino por los múltiples factores causales que involucran aspectos tanto a nivel orgánico como psicológicos, específicamente la influencia de los estados afectivos negativos, como, depresión, ansiedad e ira lo que sugiere una relación directa entre dichos estados y la salud física del paciente.

Método

Diseño de Investigación

Con base a Hernández, Fernández y Baptista-Sampiere (2010) se concluye que la investigación es de tipo descriptivo empírico-analítico, cuantitativo ex post-facto transversal.

Descriptivo empírico-analítico al identificar, conocer y describir, aspectos de la ansiedad y la depresión estado rasgo e ira presentes en pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable. Las investigaciones con un enfoque descriptivo permiten estudiar las situaciones que se presentan en contextos naturales, dejando de lado las situaciones de tipo experimental. Estos estudios son diseñados para describir la distribución de variables sin tener en cuenta las hipótesis causales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El diseño de investigación, es de tipo cuantitativo donde a través de la recolección de datos, mediante el análisis estadístico con el programa SPSS versión 19 se aprecian con precisión los resultados arrojados por las pruebas realizadas. Además es de tipo ex post-facto, que se encarga del estudio de fenómenos ya producidos (SII), haciendo referencia a lo que sucede después de los hechos y no se puede ejercer control sobre las variables que contenga (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Conjuntamente aparece el estudio transversal, entendido como un estudio observacional y descriptivo, que se encarga de medir la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

30 Personas adultas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable (SII) por médicos especialistas, con edades superiores a 18 años, pertenecientes al Área Metropolitana de Medellín sin distinción de género, ocupación, estrato socio económico.

Muestra. No probabilística intencional por disponibilidad de sujetos. Para seleccionar la muestra se visitaron profesionales del sector salud, pacientes de consulta externa en remisión parcial y sin institucionalizar, contando con el aval ético (Ver anexo A) de la investigación proporcionado por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Procedimiento para seleccionar la muestra.

Pre identificación. Hubo encuentros con médicos con el fin de obtener información de pacientes diagnosticados con SII de acuerdo a criterios ROMA III y se solicitó la aprobación para que sus pacientes diligencien los cuestionarios o instrumentos (pacientes a conveniencia)

Identificación. Se contactaron la personas y se les entregó el paquete de pruebas psicológicas ya mencionadas dada la extensión de los cuestionarios se permitió que las respuestas fueran diligenciadas en un periodo de una semana.

Criterios de inclusión.

-Personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable (SII) por médicos

Especialistas.

- Mayores de 18 años
- Pertenecientes al Área Metropolitana de Medellín
- Sin distinción de género, ocupación, estrato socioeconómico
- Personas sin ninguna alteración cognitiva significativa que le impida dar

respuesta a los cuestionarios o a los instrumentos

- Participación voluntaria
- Firmar el consentimiento informado

Instrumentos

Las descripciones que se realizan, están basadas en los resultados que arrojen instrumentos como: Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo IDER (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2005), Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), STAXI (Spielberger); Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI) (Spielberger, 1991) en indicadores cuantificables, posibilitando además la precisión exacta de los estados afectivos presentes en los pacientes diagnosticados con síndrome intestino irritable.

Encuesta de datos generales. (Ver anexo C). Con este instrumento se puede conocer la información general de los participantes, lo que ayuda a su ubicación al momento de entregar resultados de la investigación a quien lo solicite, además permite hacer una clasificación de acuerdo a las variables evaluadas.

Cuestionario de depresión estado-rasgo [IDER]. (Ver anexo D). (Spielberger, 2005). El Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo IDER, creado por Spielberger en 2005, con adaptación española de Buela-Casal y Agudelo (2005) tiene una aplicación individual y colectiva, se puede desarrollar en una duración de siete a diez minutos, se aplica en ámbitos escolares y en clínica, su finalidad es evaluar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión. La baremación que utiliza es en percentiles por sexos de adolescentes, universitarios, población general y población clínica y en cuanto a variables (Buela-Casal y Agudelo, 2005). El cuestionario de depresión establece el grado de presencia de afectividad negativa (Distimia) y afectividad positiva (Eutimia), a partir de la identificación del grado de afectación (estado) y la frecuencia en que ocurre (Rasgo) el componente afectivo de la depresión.

El IDER mide 20 ítems divididos en dos subescalas (Estado y rasgo), cada una con 10 ítems. La persona debe señalar la puntuación de acuerdo a la subescala que se esté evaluando. Si es el caso de estado, se pregunta cómo se siente ahora mismo, si es el caso de rasgo se pregunta por cómo se siente habitualmente, la mayor parte del tiempo. Las respuestas se puntúan entre 1 y 4 según sea “Casi nunca”, “Algunas veces”, “A menudo” y “Casi siempre”. (Buela-Casal y Agudelo, 2005)

Para obtener las puntuaciones del sujeto evaluado, la opción de respuesta elegida (1, 2, 3 ó 4) equivale a la puntuación asignada para el caso de los ítems referidos a distimia en ambas Escalas, para el caso de los ítems de eutimia, la puntuación es inversa así: 1=4, 2=3; 3=2 y 4=1. La puntuación definitiva se obtiene sumando los resultados de las dos subescalas y puede ir entre 26 y 104 (Agudelo, 2009, p. 144.).

Los niveles de confiabilidad de la prueba reportados por los autores son altas, oscilando entre 0,71 y 0,92 para las diferentes escalas en población general (Spielberger et al., 2008) (como se cita en Agudelo, 2009). En población colombiana se reportan alfas de Cronbach que oscilan entre 0,72 y 0,83 en población general (Agudelo, 2009).

Inventario de evaluación de ansiedad estado-rasgo [STAI]. (Ver anexo E).
(Buela-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos, 2013).

El Nombre original de este es inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, (STAI), sus Autores son Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y tiene su Procedencia en TEA Ediciones. Su aplicación puede ser individual y colectiva con una duración variable de 20 minutos aproximadamente. el ámbito de aplicación incluye adolescentes y adultos y tiene como finalidad realizar una autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad/estado) y como rasgo latente (Ansiedad/rasgo). La Baremación de este instrumento es una muestra de adultos segmentada en función del sexo (Buela-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos, 2013).

El cuestionario consta de 40 ítems divididos en dos subescalas (Estado y rasgo), cada una con 20 ítems. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Buela-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos, 2013).

La tarea del sujeto consiste en señalar la puntuación que indica cómo se siente ahora, mismo, en el caso de la subescala de estado y cómo se siente en general, la mayor

parte del tiempo, para la escala de rasgo. Las respuestas se puntúan entre 0 y 3 según sea “Casi nunca”, “A veces”, “A menudo” y “Casi siempre”. (Buela-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos, 2013).

Inventario de expresión de enojo estado-rasgo [STAXI]. (Ver anexo F)
(Casado, Cano, Miguel & Spielberger, 2013).

Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo, nombre original de este instrumento, tiene una procedencia norteamericana su autor es Charles D. Spielberger. Este inventario, puede aplicarse de manera individual o colectiva, teniendo para ello una duración variables de 15 a 30 minutos. Su ámbito de aplicación son adolescentes y adultos con la finalidad que el STAXI permita evaluar la experiencia y expresión de enojo, en sus dos dimensiones (estado y rasgo) y en sus tres direcciones (expresión, supresión y control del enojo) (Casado, Cano, Miguel & Spielberger, 2013).

El inventario de evaluación STAXI es un cuestionario que evalúa la ira (rasgo-estado), mide 48 ítems, divididos en 3 subescalas (experiencia, expresión y control). La persona debe señalar la puntuación de acuerdo a la subescala que se esté evaluando. En el caso de la experiencia se pregunta cómo se encuentra ahora mismo. Las respuestas puntúan entre 1 y 4 según sea “en absoluto”, “un poco”, “moderadamente” y “muchísimo”. Si es el caso de la expresión se pregunta cómo se siente normalmente. Las respuestas puntúan entre 1 y 4 según sea “casi nunca”, “algunas veces”, “con frecuencia” y “muchísimo”. Finalmente si es el caso del control se pregunta por las reacciones habituales y la forma de comportarse cuando se encuentra enfadado o de mal humor. Las respuestas puntúan entre 1 y 4 según sea “casi nunca”, “algunas veces”, “con frecuencia” y “algunas veces”.

Algunos autores han confirmado la validez y confiabilidad del inventario.

Moscoso (2000) realizó una adaptación del Inventario Multicultural Latinoamericano de la expresión de la Cólera (ML-STAXI), basándose en el marco teórico y conceptual del STAXI. En su análisis demostró que la consistencia interna de los factores tanto para hombre como para mujer, oscilaron entre 0.61 y 0.92. Así mismo Reyes, Meininger, Liehr, Chan y Mueller (2003) (como se cita en Oliva & Calleja, 2010) evaluaron las propiedades psicométricas del STAXI y demostraron que el análisis factorial fue similar a los registros de Spielberger.

El STAXI se ha empleado en investigaciones que establecen relación entre ira y salud. Reportándose relación entre enfermedades cardiovasculares e ira. (Figueroa, Domínguez y Saucedo, 2006) (como se cita en Oliva & Calleja, 2010).

Procedimiento

El plan de análisis lo llevaron a cabo las personas encargadas del estudio quienes se capacitaron en la aplicación y sistematización de los instrumentos. Los datos recolectados se ingresaron en la base de datos SPSS para el análisis estadístico y solo tendrá acceso los investigadores.

Se describe inicialmente la caracterización de la muestra y luego el análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas para llevar a cabo el análisis de medidas de tendencia central (promedios), de posición, de dispersión (desviación estándar) y de frecuencia (proporciones) posteriormente se hace el cruce de variables para buscar la asociación estadística entre la variable dependiente (SII) y las demás variables de interés (socio demográficas y ansiedad, depresión e ira).

Variables

Tabla 1. Operacionalización de las Variables de estudio

Variables Demográficas			
Nombre	Definición	Tipo	Indicador
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona cada uno de los periodos en que se divide la vida	Cualitativo	20 a 60 años de edad
Sexo.	Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer	Cualitativo	0. Masculino 1. Femenino
Estado civil.	Situación en que se encuentra conviviendo un	Cualitativo	0. Soltero 1. Casado y unión

	ciudadano.		libre 3. Separado 4. Viudo
Escolaridad.	Relativo al nivel educativo de un individuo	Cualitativo	1. Básica secundaria 2. Media vocacional 3. Técnico 4. Tecnólogo 5. Profesional 6. Especialista
Estrato. Socioeconómico.	Jerarquía de distribución de bienes y de oportunidades que favorece a determinados niveles de la sociedad.	Cualitativo	1. uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5. Cinco 6. Seis

Variable Dependiente

Nombre	Definición	Tipo	Indicador
Síndrome de intestino irritable.	Trastorno funcional digestivo crónico y recurrente caracterizado por dolor y distensión abdominal y cambios en el patrón evacuatorio.	Cuantitativo	0. Ausencia 1. Presencia

Variables Independientes

Depresión Rasgo.	Distimia rasgo: frecuencia de la presencia de la afectividad negativa. Eutimia rasgo: frecuencia de la presencia de la afectividad positiva	Cuantitativo	Casi nunca Algunas veces A menudo Casi siempre
Depresión estado.	Distimia estado: grado en el que está presente en el momento de la evaluación un estado de afectividad negativa. Eutimia estado: grado en el que está presente al momento de la evaluación la afectividad positiva.	Cuantitativo	Casi nunca Algunas veces A menudo Casi siempre
Ansiedad rasgo.	“se refiere a las diferencias individuales, relativamente	Cuantitativo	Casi nunca A veces A menudo

	estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado" (Spielberger y Guerrero, 1975) (como se cita en psicocentro.com, 2011, párr. 24)		Casi siempre
Ansiedad estado.	“condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo" (Spielberger y Guerrero, 1975) (como se cita en psicocentro.com, 2011, párr. 23)	Cuantitativo	Casi nunca A veces A menudo Casi siempre
Ira rasgo.	Emoción en un momento particular, caracterizada por sentimientos subjetivos que varían en intensidad, desde una molestia o irritación hasta furia o rabia intensa.	Cuantitativo	1 en absoluto 2 un poco 3 moderadamente 4 muchísimo
Ira estado.	La disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes, y a experimentar un aumento en el estado de enojo.	Cuantitativo	1 en absoluto 2 un poco 3 moderadamente 4 muchísimo

Consideraciones Éticas

Este estudio se desarrolló en base en los siguientes artículos que están fundamentados en:

La Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia que hace referencia a la investigación en seres humanos y en donde es considerada de riesgo mínimo para los participantes.

La Ley 1090 de 2006 que hace alusión a la Investigación Científica, la Propiedad Intelectual y las Publicaciones y en donde se cumplen los principios fundamentales de la ética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Resolución N° 008430 de 1993. Ministerio de Salud. República de Colombia.

(Ministerio de Salud, 1993, p. 3)

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 (Colegio Colombiano de Psicólogos [COLPSIC], 2009).

Capítulo VII. De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones.

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y

los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. (p. 43)

Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

- a) Que el problema por investigar sea importante;
- b) Que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información;
- c) Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Artículo 53. Los profesionales de Psicología que utilicen animales para sus trabajos investigativos o demostrativos conocerán previamente y pondrán en práctica los principios básicos definidos por la Unesco y la APA para guiar éticamente la investigación con animales, y además estarán obligados a:

- a) Minimizar el dolor, el trauma, los riesgos de infección, el malestar de los animales, los métodos aversivos.

- b) Usar anestesia y analgésicos para tratamientos experimentales que lo requieran.
- c) Que los animales seleccionados para la investigación deban ser de una especie y calidad apropiadas y utilizar el mínimo número requerido para obtener resultados científicamente válidos. (p.44)

Artículo 54. Para evitar el uso de animales cuando ello no fuere estrictamente necesario debe acudirse a otros métodos tales como modelos matemáticos, simulación por computador y sistemas biológicos in vitro.

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores. (p. 45)

Consentimiento informado. (Ver anexo B). Documento donde queda consignado por escrito el acuerdo voluntario de las personas que participan en la investigación, teniendo en cuenta la transmisión y la comprensión de la información relevante en la investigación (Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación [CIPSHI], s.f.).

Resultados

Descripción Sociodemográfica de la Muestra

La muestra estuvo conformada por 30 personas (n=30), las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, siendo personas con edades superiores a 18 años, diagnosticadas con SII, pertenecientes a cualquier sexo, habitantes del Área Metropolitana y sin alteración cognitiva alguna.

Tabla 2. Muestra según Género.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	25	83.3	83,3	83.3
	masculino	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Según el género la muestra total (n= 30) estuvo distribuida de la siguiente manera: 83.3% de mujeres (n=25) y 16.7% hombres (n=5).

Tabla 3. Muestra según Estados Civil.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	17	56,7	56,7	56,7
	Casado				
	Unión libre	10	33,3	33,3	90,0

Separado	2	6.7	6.7	96.7
Divorciado				
Viudo	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

De acuerdo al estado civil, el 56.7% de los participantes eran solteros (n=17); el 33.3% casados (n=10); el 6.7 %, divorciados (n=2); y el 3.3%, viudo (n=1).

Tabla 4. Muestra según Edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19	1	3,3	3,3	3,3
	21	6	20,0	20,0	23,3
	22	1	3,3	3,3	26,7
	23	2	6,7	6,7	33,3
	25	1	3,3	3,3	36,7
	26	2	6,7	6,7	43,3
	29	1	3,3	3,3	46,7
	31	1	3,3	3,3	50,0
	35	1	3,3	3,3	53,3
	38	1	3,3	3,3	56,7
	43	1	3,3	3,3	60,0
	46	1	3,3	3,3	63,3
	48	1	3,3	3,3	66,7
	49	2	6,7	6,7	73,3
	50	1	3,3	3,3	76,7
	51	1	3,3	3,3	80,0
	54	1	3,3	3,3	83,3
	55	1	3,3	3,3	86,7
	58	2	6,7	6,7	93,3
	59	1	3,3	3,3	96,7
	60	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 5. Muestra según Intervalos de Edad.

Intervalo de Edad	Frecuencia N	Porcentaje %
19-26	13	43,33
27-34	2	6,66
35-42	2	6,66
43-50	6	20
51-60	7	23,33

La edad, se clasificó según intervalos debido a que participaron personas entre 19 y 60 años que implica un rango de edad amplio. La edad de mayor predominio fueron los adultos jóvenes entre 19 y 26 años con un porcentaje de 43.33% (n= 13); seguido del rango ubicado entre 51 a 60 años con un 23%. (n= 7), luego el rango entre 43 y 50 con un porcentaje de 20% (n=6); y por último los rangos entre 27-34 y 35-42 años con porcentaje igual del 6.66% (n=2 cada uno).

Tabla 6. Muestra según Escolaridad.

Nivel de Escolaridad	Frecuencia N	Porcentaje %
Básica Primaria	1	3.33
Básica Secundaria	11	36.66
Pregrado	13	43.33
Postgrado	5	16.66

Los datos de escolaridad muestran que el nivel pregrado fue el más predominante en el estudio con un 43.33% (n=13), seguido de básica secundaria con un 36.66%

(n=11), luego el nivel de postgrado en un 16.66% (n=5) y por último la básica primaria con un 3.33% (n=1).

Descripción de los Estados Afectivos Negativos como Depresión, Ansiedad e Ira

Tabla 7. Descripción de los estados afectivos negativos como depresión, ansiedad e ira.

	Niveles	Ausencia		Presencia Leve (1)		Presencia Significativa (2)		Total
		N	%	N	%	N	%	
Depresión	Estado.	10	33.3%	15	50%	5	16.66%	100
	Rasgo.	14	46.66%	12	40%	4	13.3%	100
Ansiedad	Estado.	22	73.3%	8	26.6%	0	0%	100
	Rasgo.	30	100%	0	0%	0	0%	100
Ira	Estado.	28	93.3%	2	6.6%	0	0%	100
	Rasgo.	8	26.6%	18	60%	4	13.3%	100

De acuerdo a los datos arrojados en los instrumentos que permiten la medición de las variables afectivas en relación a si hay presencia o no del rasgo o del estado, se encontró que la depresión estado tuvo un nivel de presencia leve en un 50% de la muestra (n=15) y la depresión rasgo evidenció presencia leve en el 40% de las personas (n=12). Y ausencia en un 46.66%, (n=14)

Con respecto a la ansiedad el factor estado puntuó ausencia en el 73.3% (n =22) de las personas con SII, y presencia leve en un 26.6% (n=8). Y en el factor rasgo los datos muestran que el total de la muestra (n=30, 100%) puntuó en la escala de ausencia.

Por último en la emoción de la ira muestra como la escala mostró ausencia con relación al estado en un 93.3% de la muestra (n=28) y en el rasgo presencia leve en un 60% (n=18) de los casos.

Discusión

La discusión de los resultados se lleva a cabo teniendo en cuenta los datos estadísticos evidenciados mediante el resultado de las pruebas y procesado en el programa SPSS, además de los antecedentes investigativos rastreados y el marco teórico de referencia que respalda la información presentada.

Para sustentar el análisis sociodemográfico de la muestra en la investigación se trabajaron las siguientes variables: género, estado civil, edad, y escolaridad.

Así mismo en un estudio realizado en Bogotá Colombia por Restrepo, et al. (2011, p. 7) “se halló una asociación significativa con el género femenino (p: 0.035)”; lo que también se corrobora con los datos arrojados en el año 2007 por Cruz, et al., donde “el género femenino representó el 76% (n = 76), con una relación mujer/hombre; 4:1” (p. 29).

Según el género la muestra total (n=30) estuvo distribuida de la siguiente manera: 83.3% de mujeres (n=25) y 16.7% hombres (n=5). Este dato se confirma con lo expuesto por Estopa et al (2004) quienes destacan que el sexo femenino tiene una mayor prevalencia en una proporción 2 a 1 respecto al masculino en las personas con Síndrome de Intestino Irritable (SII) y por Díaz, et al. (2010) que dan cuenta de que pertenecer al sexo femenino (OR = 1,92; IC 95%: 1,35-2,72; p = 0,0001) y al estrato socioeconómico bajo (OR = 1,69; IC 95 %: 1,02-2,81; p = 0,03) son un riesgo para presentar la enfermedad.

Así mismo en el año 2007 Cruz, et al., que el género femenino representa el 76% (n = 76), con una relación mujer/hombre; 4:1 para el SII y en el 2011 un estudio

realizado en Bogotá Colombia por Restrepo, et al., halló una asociación significativa con el género femenino ($p: 0.035$).

Es importante aclarar que aunque en la muestra la proporción de género fue mayor en mujeres el tipo de muestreo no probabilístico y a propósito no permite generalizar los resultados.

Según el Estado Civil el 56.7% de los participantes fueron solteros ($n=17$) y el 33.3% casados ($n=10$) y los demás con un nivel menor de significancia. No se encontraron estudios previos en los que se demuestra una relación de dicha variable sociodemográfica con la enfermedad del síndrome de intestino irritable.

Aunque el estado civil no es una variable determinante podría hacerse una relación con el contexto familiar donde se ha encontrado que no vivir con sus familiares y no tener soporte de amigos y vivir con una disfuncionalidad familiar son factores de riesgo para la aparición de la enfermedad, mientras que pertenecer a una familia nuclear es un factor protector contra la enfermedad (Díaz, et al., 2010).

Lo que implica que personas que no viven con sus familiares y no tienen soporte de amigos se comporta también como un factor de riesgo (Díaz, et al., 2010).

De acuerdo a la edad los datos del estudio arrojan resultados en los cuales los adultos jóvenes entre 19 y 26 años tienen mayor predominancia con un porcentaje de 43.33% ($n= 13$); seguido del rango ubicado entre 51 a 60 años con un 23%. ($n= 7$), luego el rango entre 43 y 50 con un porcentaje de 20% ($n=6$); y por último, los rangos entre 27-34 y 35-42 años con porcentaje igual del 6.66% ($n=2$ cada uno). Esta información se confirma con el estudio de Díaz, et al. (2010, p. 79) quienes hablan de que las edades entre los 30 a 45 años “se comportaron como factor protector (OR = 0,62; IC 95 %: 0,44-0,88; $p = 0.005$)” y lo expuesto por Benasayag , Feixas, Saúl y Laso (2003),

quienes concluyeron que la edad en el SII varía entre los 19 y los 46 años; así como la información aportada por Estopà et al en el 2004 donde “se destaca una mayor prevalencia en sujetos jóvenes entre 20 y 40 años” (p. 211). Además en el 2004, en Latinoamérica, específicamente en Brasil, Colombia, México y Uruguay se encontró un amplio rango de edad para la presentación del síndrome de intestino irritable, teniendo un promedio de 42 años (Valenzuela et al., 2004).

De acuerdo a la escolaridad se encontró que el nivel pregrado fue el más predominante en el estudio con un 43.33% (n=13), seguido de básica secundaria con un 36.66% (n=11), luego el nivel de postgrado en un 16.66% (n=5) y por último la básica primaria con un 3.33% (n=1). Estos datos se confirman con un estudio realizado por Medellín, Vázquez, Silva, Gutiérrez y Vázquez (2012) donde los resultados muestran que el nivel universitario fue de 53.4% en pacientes diagnosticados con SII.

Una vez descritas las variables correspondientes a los datos sociodemográficos, se profundizó sobre la depresión, ansiedad e ira de acuerdo a la teoría estado-rasgo que considera el rasgo como causa general y duradera de la conducta, es decir, las predisposiciones estables de respuesta que tienen los sujetos y el estado como el reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto, en un momento determinado, a lo largo de su vida. A diferencia de los rasgos de personalidad, que son el reflejo que se produce de forma activa, modulado por factores intrínsecos, como son los biológicos, los histórico biográficos, entre otros los estados emocionales son el reflejo subjetivo de la situación en un momento determinado (Martín, Grau, & Ramírez, 2001).

En cuanto a la emociones, se aprecia en la depresión una presencia leve tanto en estado (50%, n=15) como en rasgo (40%, n=12), lo que permite entender que puede comportarse como un factor fluctuante y transitorio producto de su enfermedad o una

manifestación anímica que es más permanente y constante en el tiempo y que puede exacerbarse con su patología presente de SII (Agudelo, Buela-Casal, Spielberg, 2007) (como se cita en Agudelo, 2009).

En el rastreo bibliográfico investigativo y teórico se soportan datos como presencia de depresión sin hacer distinción del rasgo o del estado, como lo expuesto por Cruz, et al. (2007), donde la depresión es uno de los estados afectivo negativos con mayor comorbilidad con el SII, presentándose en más de 50% de los casos. Así mismo lo encontrado por Cornejo y Villarreal (2005) con prevalencia de síntomas de SII de 31.9%, y de síntomas depresivos de 67.4% y una relación estadística significativa de 24.1% de pacientes que presentaban ambos tipos de síntomas. Además la relación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas digestivos bajos y síntomas depresivos leves ($p < 0.05$, $OR = 10.9$), así como síntomas depresivos moderados ($p = 0.01$, $OR = 3.8$) de acuerdo a lo investigado por Campos, et al. (2001).

En lo relacionado a la ansiedad se encontró ausencia tanto en el estado (73%, $n = 22$) como en el rasgo ($n = 30$, 100%). Llama la atención que el 100% de la muestra no presente propensión a la ansiedad, como diferencia individual que conlleva a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la manifestación de dicha ansiedad (Spielberger, & Guerrero, 1975) (como se cita en psicocentro.com, s.f.).

Es además importante ver la ansiedad como “estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (Spielberger, & Guerrero, 1975) (como se cita en psicocentro.com,

s.f., párr. 23). Que varía en intensidad y fluctuación de acuerdo a la situación tampoco parece ser característico en las personas con SII. (Spielberger, 1995).

Estos datos se desconfirman con un estudio realizado en el año 2007 por Cruz, et al., quienes estudiaron la asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable en base a criterios de DSM-IV y escala de Hamilton. Se demostró que la manifestación de ansiedad o depresión se presenta en más de 50% de los casos,

Además Benasayag , et al., en 2003 realizaron un estudio exploratorio que se encargaba de identificar los conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII) . Encontrándose una elevada comorbilidad con trastornos mentales del eje I del DSM-IV. Los diagnósticos psicológicos más frecuentes se enmarcan dentro de los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada y trastorno por angustia, principalmente).

En relación a la ira se presenta ausencia en el estado y presencia leve en el rasgo se resalta que no se encontraron estudios que corroboren o contradigan estos resultados.

Conclusiones

Se encontró que la depresión estado tuvo un nivel de presencia leve en un 50% de la muestra (n=15) y la depresión rasgo evidenció ausencia en un 46.66% (n=14) y presencia leve en el 40% de las personas (n=12).

Frente a la ansiedad estado se descubrió que puntuó ausencia en el 73.3% (n=22) de las personas con SII y tuvo presencia leve en un 26.6% (n=8). Y en el factor rasgo los datos muestran que el total de la muestra (n=30, 100%) puntuó en la escala de ausencia.

Finalmente, la ira estado puntuó ausente en un 93.3% de la muestra (n=28) y para la ira rasgo se encontró presencia leve en un 60% (n=18) de los casos.

Referencias

Addolorato, G., Marsigli, L., Capristo, E., Caputo, F., Dall'aglio, C., Baudanza, P., ...

Gasbarrini, G. (1998) La ansiedad y la depresión: Una característica común de cuidado de la salud que buscan los pacientes con síndrome del intestino irritable y alergias a los alimentos. *Hepato – gastroenterology journal* 45(23), 1559-1564. Recuperado de <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1593672>

Agudelo, D.M. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión

Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento psicológico*, 5(12), 139-160. Recuperado de http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS12-10.pdf

Altonivel.com (2011). Cuando la ansiedad nos sobrepasa. Recuperado de

<http://www.altonivel.com.mx/cuando-la-ansiedad-nos-sobrepasa.html>

Andrade, M.C., Galarsi, M.F., Penna, F., & De Andrea, N. (s.f.). Estudio de correlación entre neuroticismo y estado de ansiedad en estudiantes universitarios.

Recuperado de

http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong_marplatense/iv/trabajos/trabajo_66_561.pdf

Arguibay, J.C. (2009). Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(1), 13-29. Recuperado de

<http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v13n1/v13n1a01.pdf>

Asociación española de gastroenterología, Sociedad española de medicina de familia y comunitaria & Centro Cochrane iberoamericano. (2005). *Síndrome del intestino irritable: Guía de práctica clínica*. Recuperado de

<http://es.scribd.com/doc/24453884/guia-sindrome-intestino-irritable>

Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (4^a ed., Texto rev.).(2000)

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Washington, DC:

APA.

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (4^a Ed.), (2006). *Psicopatología: un enfoque integral de la psicología anormal*. México : Thomson Learning

Bautista, R., Ortiz, R.M., & Muñoz, S. (2011). Síndrome de intestino irritable en

estudiantes de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54

(3), 4-11. Recuperado de

http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/assignatura/SimdromeDeIntestinoIrritable.pdf

Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L.A., & Laso, E. (2004). Conflictos

cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio.

International journal of clinical and health psychology, 4(1), 105-119.

Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-98.pdf

Buela-Casal, G. & Agudelo, D. (2005). *Inventario de depresión estado rasgo [IDER]*.

(Adaptación de Spielberg, C.D., 2005). TEA Ediciones.

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. & Seisdedos N. (2013). *Cuestionario de*

ansiedad Estado-Rasgo [STAI]. (Adaptación de Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. &

Lushene, R.E., 1970). TEA Ediciones.

Campos, G., León, R., Villarreal, J., Berendson, R., & Cornejo, C. (2001). Asociación

entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de

nivel socioeconómico alto de Lima. *Revista de gastroenterología del Perú*, 21(3).

Recuperado de

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol_21n3/sindrome.htm

Casado, M.I. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. (Tesis inédita de

pregrado, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de

<http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/tesis/19911996/S/4/S4005801.pdf>

Castañeda-Sepúlveda, R. (2010). Síndrome de intestino irritable. *Medicina universitaria*,

12(46), 39-46. Recuperado de

http://medicinauniversitaria.uanl.mx/46/pdf/39_sindrome.pdf

Catanzaro, D.A. (2011). *Motivación y emoción*. México: Pearson Educación.

Ciprián, A. (2012). La ansiedad. Recuperado de <http://psiconectate-publicaciones.blogspot.com/2012/05/la-ansiedad-siempre-es-mala.html>

Colegio Colombiano de Psicólogos [COLPSIC] (2009). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Bogotá: Javegraf

Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación [CIPSHI] (s.f.). Definiciones. Recuperado de <http://graduados.uprrp.edu/cipshi/definiciones.htm>

Cornejo, C., & Villareal, J. (2005). Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. *Revista de gastroenterología del Perú*, 25(2). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292005000200004

Cruz, M.A., Ortiz, R. B., Muñiz, D. & Padierna, J.L. (2007). Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Revista de gastroenterología de México*, 72(1), 29-33. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2007/ge071g.pdf>.

Definicionabc.com (s.f.). Definición de Ira. Recuperado de

<http://www.definicionabc.com/salud/ira.php>

Díaz, S., Díaz, A., & Arrieta K. (2010). Factores psicosociales, sociodemográficos,

culturales y familiares asociados a Síndrome de Intestino Irritable. *Revista clínica de medicina de familia*, 3(2), 78-82. Recuperado de

https://www.unicartagena.edu.co/odontologia/Factores_psicosociales_sociodemograficos_culturales_y_familiares_asociados_a_sindrome_de_intestino_irritable.pdf

Dupont, M. (s.f.). Depresión – psicología. Recuperado de

<http://www.monografias.com/trabajos42/depresion-psicologia/depresion-psicologia.shtml>

Elergonomista.com (s.f.). Ansiedad. Recuperado de

<http://www.elergonomista.com/psicologia/ansiedad.htm>

Estopà, J., Jorquera, F., Santos, C., & Veiga, C.T. (2004). Síndrome del intestino

irritable. *Revista de la SEMG*, (63), 211-225. Recuperado de

http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_63/pdf/221_225.pdf.

Fernández, C., & Álvarez, N. (2002). La calidad de vida en personas con síndrome de

intestino irritable. *Clínica y Salud*, 13(1), 7-31. Recuperado de

redalyc.uaemex.mx/.../ForazarDescargaArchivo.jsp?

González, M. & De Ascencao, M. (2005). Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos. *Revista de la facultad de medicina*, 8(2). Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692005000200007&script=sci_arttext

Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto (2008). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_resum.pdf

Hernández, S. R; Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (2010). Fundamentos de la metodología de la investigación. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S. A. de C. V

Huertas, L.A. (2007). Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes: experiencia clínica. *Revista del Hospital Juárez de México*, 74(2):81-92. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2007/ju072i.pdf>

León-Jiménez, F., & Cubas-Benavides, F. (2009). Características clínicas del síndrome de intestino irritable en pacientes de dos centros asistenciales. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*, 22(3), 89-95. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/230918274_Caractersticas_Clinicas_y_e

pidemiológicas_de_pacientes_con_Sndrome_de_Intestino_Irritable_de_dos_centros_asistenciales_de_Chiclayo_durante_el_2010.

Leyva-Jiménez, R., Olvera-Torres, P., Álvarez-Córdova, M.M., & Alcántar-Saldívar, E.L. (2006). Síndrome de Intestino Irritable en un adulto que acude a una unidad de medicina familiar. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(5), 473-479. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im065m.pdf>

Martín, M., Grau, J.A. & Ramírez, V. (2001). El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Desarrollo y potencialidades. *Psicología.com*, 5(1), 1-13. Recuperado de <http://teps.cl/files/2011/06/cap04.pdf>

Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M.D., & Quintero, M.F. (2009). Salud Mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe* (23), 83-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>

Miguel, T.I. Casado, A. Cano y Spielberger, C.D. (2013). *Inventario de expresión de ira Estado-Rasgo [STAXI]*. (Adaptación de Spielberg, C.D.). TEA Ediciones.

Ministerio de Salud - República de Colombia. (1993). Resolución No 008430 de 1993. *Dirección de Investigación sede Bogotá*. Recuperado de

http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf

Montes, C. (s.f.). La depresión y su etiología: una patología compleja. Recuperado de http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf

Moreno-Osset, E. (2005). Síndrome del intestino irritable. *Revista española de enfermedades digestivas*, 97(1), 59. doi: 10.4321/S1130-01082005000100008

Moscoso, M.S. (2000). Estructura factorial del inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad. *Revista latinoamericana de psicología*, 32(002), 321-343. Recuperado de <http://estrescancer.files.wordpress.com/2008/06/estructura-factorial-de-la-colera.pdf>

Muscatello, M.R.A, Bruno, A., Pandolfo, G., Micò, H., Stilo, S., Scaffidi, M., ... Zoccali, R. (2010). Depression, anxiety and anger in subtypes of irritable bowel syndrome patients. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17, 64–70. doi 10.1007/s10880-009-9182-7

Oblitas, L.A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología*, 26(2), 219-254. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf>

Oblitas, L.A. & Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés P y V Editores. Recuperado de http://books.google.com.co/books?id=Blc6XLCFcVsC&pg=PA9&lpg=PA9&dq=Su+objetivo+principal+es++la+prevenci%C3%B3n,+y+en+este+sentido,+la+m+odificaci%C3%B3n+de+los+patrones+de+comportamiento+y+estilos+de+vida+inadecuados+para+la+salud+de+las+personas&source=bl&ots=dGd8dtzwve&sig=Ly_4fQeztnQapB3aqQbppKYRDo&hl=es&sa=X&ei=C_ciUaqTE4fA9QSG_oGgDw&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=true

Oliva, F.J. & Calleja, N. (2010). *Medición de la ira en el deporte de combate: validación del STAXI en deportistas mexicanos*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., República de México.

Pérez, M.A., Redondo, M.M., & León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 11(28). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article6/texto.html>

Pg. Vall d' Hebron. (s.f.). Síndrome del intestino irritable. Recuperado de http://www.vhebron.net/documents/10165/10003131/intesti_irritable_castella.pdf

Pozos, M.E., González, A., Lara, M.Y., García, S., Cabrales, C., & Sánchez, R. (2011). Aptitud clínica sobre síndrome de intestino irritable en médicos de primer nivel

de atención. *Revista medicina: salud y sociedad*, 1(2), 1-10. Recuperado de http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/1_2/2_colon_irritable.pdf

Prasko, J., Jelenova, D., & Mihal, V. (2010). Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomedical papers of the medical faculty of the University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia*, 154(4):307-14. Recuperado de <http://mefanet.upol.cz/BP/2010/4/307.pdf>.

Psicocentro.com (2011). Ansiedad y psicología del deporte. Recuperado de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s2.asp?texto=art2c001b

Psicologiaonlinecentral.com (s.f.). Ansiedad y angustia. Recuperado de <http://www.psicologiaonlinecentral.com/trabajos01.html>

Reséndiz-Figueroa, F.E., Ortiz-Garrido, O.M., Pulido, D., Arcila-Martínez D., & Schmulson, M. (2008). Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Revista de gastroenterología de México*, 73(1), 3-10. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/288/288v73n01a13131664pdf001.pdf>

Restrepo, L.F., Páez, M.L., Guzmán, D.M. & Moreno J.Y. (2011). *Síndrome de intestino irritable y trastornos de ansiedad y depresión*. (Tesis inédita de especialización). Universidad del Rosario – Universidad CES, Bogotá, Colombia.

Sierra, J.C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar E subjetivade*, 3(1), 10-59.
Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27130102.pdf>

Spielberger, C. D., & Guerrero Díaz, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México : Manual Moderno S.A .

Torres, J. (s.f.). Violencia hombre mujer. Recuperado de
https://www.google.com.co/#hl=es&output=search&scient=psy-ab&q=venganza%2C+que+se+expresa+en+agresi%C3%B3n%2C+pero+la+ira+y+la+agresi%C3%B3n+no+siempre+van+unidas&oq=venganza%2C+que+se+expresa+en+agresi%C3%B3n%2C+pero+la+ira+y+la+agresi%C3%B3n+siempre+van+unidas&gs_l=hp.3...3196.3196.0.4559.1.1.0.0.0.194.194.0j1.1.0...0.0..1c.1.5.psyab.ccwSxrLB4yo&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&bvm=bv.43148975,d.eWU&fp=c933d0565dec7d32&biw=1024&bih=653

Valenzuela, J., Alvarado, J., Cohen, H., Damiao, A., Francisconi, C., Frugone, L., ... Zalar, A. (2004). Un consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*, 27(5), 325-43. Recuperado de

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/14/14v27n05a13060695pdf001.pdf>

Vásquez, L., Silva, A., Gutiérrez, G. & Vásquez, E. (2012). Estrés y síntomas de desordenes gastrointestinales en personas de EUA y México. *Revista psicología científica.com*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/estres-desordenes-gastrointestinales/>

Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M.C., Carillo, L.M., Cuartas, M.J., López, N., ... Cano, E.J. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y salud, 14(1), 31-41*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114105.pdf>

Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R.E., Vásquez, A., Contreras, R., ... Sandín, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia psicológica, 23(002), 65-74*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78523207.pdf>

Anexo A

Aval Ético

Medellín, Septiembre 24 de 2012

Investigadores

MYRIAM BULA DÍAZ
SUSANA DAVID MESA
LAURA FRANCO CORTÉS
SARA MORALES MONSALVE
JANETH PIEDRAHITA GÓMEZ
SANTIAGO SEPÚLVEDA LÓPEZ


Proyecto: PERSONALIDAD, ANSIEDAD, IRA Y DEPRESIÓN PRESENTES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

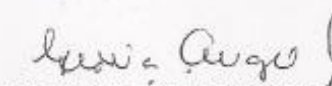
La presente comunicación tiene por objetivo informarles que el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana ha evaluado el proyecto presentado por ustedes, así como los ajustes solicitados y ha decidido darle la aprobación ética respectiva.

Como algo adicional el Comité les solicita considerar los dos testigos que exige la Ley en el formato, quienes deben estar presentes al momento de tomar el consentimiento informado. El formato final corregido debe enviarse a este Comité para archivar la versión aprobada.

Para finalizar, los miembros del Comité se ponen a su disposición para resolver cualquier inquietud de tipo ético que surja durante la ejecución de la investigación. De igual manera, les recuerda que cualquier modificación que se le haga al proyecto debe someterse a consideración del Comité.

Atentamente


Pbro. Dr. Guillermo Zuleta Salas
Presidente


Mg. Gloria Ángel Jiménez
Secretaria

Anexo B

Consentimiento Informado

Título del Estudio “depresión, ansiedad e ira presentes en personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable”

Entidad Responsable / Investigadores Esta investigación es desarrollada por la Universidad Pontificia Bolivariana como parte de su actividad docente e investigativa. La responsable de la misma como directora de su trabajo de grado, es la Psicóloga Piedad Liliana López Bustamante y la acompañan en su realización los estudiantes Myriam Bula Díaz, Susana David Mesa, Laura Franco Cortés, Sara Morales Monsalve, Janeth Piedrahita Gómez y Santiago Sepúlveda López.

Introducción

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación. Antes de decidir sobre su participación es importante que usted lea cuidadosamente este documento y comprenda todo lo relacionado con la misma: objetivo, procedimientos, riesgos y beneficios que tiene, entre otros puntos.

Información Sobre La Investigación

Objetivo y justificación. La investigación a que lo estamos invitando a participar está dirigida a identificar si las personas que sufren de intestino irritable presentan tipos de personalidad, estados emocionales o comportamientos específicos. Se sabe que las características psicológicas de las personas influyen en la aparición de muchas enfermedades y ésta puede ser una de ellas, por eso es importante ahondar en esto a través de la investigación para poder realizar propuestas de intervención que mejoren la atención integral de todas las personas.

Diseño general de la investigación. El estudio incluirá 30 personas que tienen este diagnóstico y que dicho diagnóstico ha sido realizado por su médico tratante.

Participación voluntaria. La participación en este estudio es voluntaria, esto significa que usted tiene la libertad para decidir si participa o no. También puede llegar a negarse a responder alguna de las preguntas que se le hacen o a retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto tenga implicación alguna.

Procedimientos. A continuación se le dan a conocer los procedimientos que incluye la investigación.

Primero se le harán algunas preguntas generales referidas a su edad, escolaridad, estado civil, entre otras.

En segundo lugar, se le entregará las pruebas psicológicas que incluye el estudio. Éstas indagan sobre su personalidad y los estados emocionales que usted experimenta con más frecuencia. La realización de estas pruebas puede requerir aproximadamente de dos horas y media, las cuales pueden ser realizadas de forma continua o en distintos momentos.

Beneficios. Esta investigación busca generar conocimiento que pueda servir para el manejo de personas que tienen problemas similares y así orientar futuras intervenciones desde distintos profesionales del área de la salud.

Es posible que su participación no tenga beneficios directos para usted; sin embargo, en caso de que usted desee la devolución de sus resultados se le atenderá esta solicitud.

Riesgos. El presente estudio se considera como una investigación de riesgo mínimo porque según la resolución 008430 del Ministerio de Salud según su artículo número 1, es un estudio en el que se emplea el registro de datos a través de la aplicación de instrumentos psicológicos de diagnóstico sin causar daño a su salud física o mental.

Responsabilidades. La responsabilidad principal que usted tiene en este caso es responder con sinceridad a las diferentes preguntas.

Confidencialidad. Es importante que usted tenga en cuenta que toda la información recolectada a través de las pruebas se mantendrá en la más absoluta reserva; sólo será conocida y analizada por los investigadores del estudio con fines académicos. Si los resultados de estudio se publican o presentan en reuniones, usted no será identificado en ningún momento, debido a que nunca se mencionan nombres de los participantes.

Costos. A usted no se le pagará por participar en este estudio; tampoco le tocará pagar ninguna de las pruebas que se le realicen, ni los gastos que de allí se deriven.

Información Adicional

Si usted tiene cualquier duda o pregunta durante el transcurso de la investigación no dude en realizarla. Usted tiene derecho a que se le resuelvan sus inquietudes en todo momento.

Si usted tiene alguna duda sobre la investigación puede contactar a la Psicóloga Piedad Liliana López, quien es la directora del trabajo en la Universidad Pontificia Bolivariana; su teléfono es: 448 83 88 (extensión 12486).

Consentimiento

Yo _____ he leído la información provista en este documento y doy mi consentimiento para participar en la investigación. Este consentimiento lo otorgo de manera libre luego de que se me haya informado sobre todo los asuntos relacionados con el estudio.

Nombre del participante

Firma

Fecha

Nombre testigo 1

Firma

Fecha

Nombre testigo 2

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha

Anexo C

Encuesta de Datos Generales

Los datos que usted consignará en este formulario serán de estricta confidencialidad. No se requiere nombre con el fin de conservar la privacidad de su identidad.

Las preguntas de las diferentes pruebas están impresas por lado y lado de la hoja. Tenga cuidado para no dejar de contestar alguna de ellas.

En caso de querer saber sus resultados es importante que se aprenda el número con el que va enumerado su paquete de pruebas.

Su número es: _____

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Estado Civil:

_____ Soltero

_____ Casado y/o unión libre

_____ Separado

_____ Viudo

Escolaridad:

_____ Básica Primaria

_____ Básica secundaria

_____Universitario

_____Especialización

Ocupación: _____

Año en el que se le diagnosticó Síndrome de Intestino Irritable.

Otras enfermedades físicas que padece:

Tiene algún diagnóstico psicológico:

Anexo D

Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo

IDER

Parte A

Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo en la columna de respuestas el número de “1” (Casi Nunca) a “4” (Casi Siempre) que más se aproxime a cómo se siente **generalmente**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor **describa cómo se siente en la mayoría de las ocasiones**.

Ítem	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
3. Me siento pleno/a	1	2	3	4
4. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
6. Estoy decaído/a	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
8. Estoy hundido/a	1	2	3	4
9. Estoy triste	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

Total A: _____

Parte B

Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo el número de “1” (Nada) a “4” (Mucho) que más se aproxime a cómo se siente **en este momento**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **sus sentimientos actuales**.

ITEM	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado/a	1	2	3	4
3. Estoy decaído/a	1	2	3	4
4. Estoy animado/a	1	2	3	4
5. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
6. Estoy hundido/a	1	2	3	4
7. Estoy contento/a	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

Total B: _____

Total ST-DEP: _____

Anexo E

Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado- Rasgo

STAI

Parte A

Instrucciones.

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted **en general**, es decir, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente, tenga en cuenta que:

0 = casi nunca

1 = a veces

2 = a menudo

3 = siempre.

1	Me siento bien	0	1	2	3*
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gustaría ser tan feliz como los otros	0	1	2	3

5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6	Me siento descansado	0	1	2	3*
7	Soy una persona tranquila, erena y sosegada	0	1	2	3*
8	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3*
11	Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3*
14	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
15	Me siento melancólico	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3*
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Parte B

Instrucciones.

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted **ahora mismo**, es decir, en éste momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = casi nunca

1 = a veces

2 = a menudo

3 = siempre.

1	Me siento calmado	0	1	2	3*
2	Me siento seguro	0	1	2	3*
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3*
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3*
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3*
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3*
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3*
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3*
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3*

Anexo F

Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo STAXI-2

Parte A

Instrucciones. A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique **cómo se siente ahora mismo**, utilizando la siguiente escala de valoración: A: No, en absoluto, B: Algo, C: Moderadamente, D: Mucho

Cómo me Siento en Este Momento

ITEM	No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
1. Estoy furioso	A	B	C	D
2. Me siento irritado	A	B	C	D
3. Me siento enojado	A	B	C	D
4. Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5. Estoy agotado	A	B	C	D
6. Me gustaría decir vulgaridades	A	B	C	D
7. Estoy disgustado	A	B	C	D
8. Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11. Quiero romper algo	A	B	C	D
12. Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13. Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15. Me gustaría regañar a alguien	A	B	C	D

Parte B

Instrucciones. A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **cómo se siente normalmente**, utilizando la siguiente escala de valoración:

- A: Casi Nunca
- B: Algunas veces
- C: A menudo,

D: Casi siempre

Cómo me siento normalmente

Item	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
16. Me enojo rápidamente	A	B	C	D
17. Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18. Soy una persona que se exalta fácilmente	A	B	C	D
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20. Tiendo a perder el control	A	B	C	D
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23. Me enfurezco con facilidad	A	B	C	D
24. Me enojo si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25. Me enojo cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

Parte C

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **cómo reacciona o se comporta cuando está enfadado o furioso**, utilizando la siguiente escala:

A: Casi Nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

Cuando me Enojo o me Enfurezco

Item	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
26. Controlo mi carácter	A	B	C	D
27. Expreso mi ira	A	B	C	D
28. Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29. Hago comentarios irónicos	A	B	C	D
30. Mantengo la calma	A	B	C	D
31. Hago cosas como tirar las puertas	A	B	C	D
32. Aunque sienta rabia no lo demuestro	A	B	C	D
33. Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34. Discuto con los demás	A	B	C	D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36. Puedo controlarme y no salirme de casillas	A	B	C	D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38. Digo brutalidades	A	B	C	D

39. Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40. Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41. Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42. Rehuyo enfrentarme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de Ira	A	B	C	D
44. Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45. Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46. Trato de relajarme	A	B	C	D
47. Hago algo tranquilo para calmarme	A	B	C	D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

Si ha terminado con esta prueba, ya ha finalizado, le agradecemos su esfuerzo y colaboracion