Suma Psicológica, Vol. 15 N° 1 Marzo de 2008, 199-216, ISSN 0121-4381

# LA DISPEPSIA FUNCIONAL: ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES, EVALUACIÓN Y TERAPIA PSICOLÓGICA

Sergio Tobón\*
Universidad de Antioquia, Colombia.
Bonifacio Sandín
Universidad Nacional de Educación a Distancia, España
Stefano Vinaccia
Universidad de San Buenaventura, Colombia
Ariel César Núñez Rojas
Universidad de Manizales, Colombia

# **ABSTRACT**

Its article pretend to related differents aspects associated with the conceptual aspects of Dyspepsia functional gastrointestinal disorder (PD), as it relates to his definition, prevalence, classification and diagnosis. The causes and consequences of this disease includes several components from a biopsychosocial human been conceptualization (socioeconomic variables, psychosocial demands, cognitive assessment and coping strategies, personality and behavior, psychobiological mechanisms, quality of life, treatment and development), the psychological assessment of functional dyspepsia from the perspective of processes, and psychological intervention, with an emphasis on cognitive behavioral approach.

**Key word:** Functional Dyspepsia, biopsychosocial model, assessment, cognitive-behavioral therapy.

<sup>\*</sup> Correspondencia: Sergio Tobón. Ramiro de Maeztu, 828040 Madrid (España) Correo: <a href="mailto:stobon5@yahoo.es">stobon5@yahoo.es</a> Teléfono: 678147738

## **RESUMEN**

Se abordan los aspectos conceptuales del trastorno gastrointestinal Dispepsia funcional (DP), en lo que se refiere a su definición, prevalencia, clasificación y diagnóstico.; las causas y consecuencias de la DF desde una perspectiva biopsicosocial (variables socioeconómicas, demandas psicosociales, evaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento, personalidad y comportamiento, mecanismos psicobiológicos, calidad de vida, tratamiento y evolución); la evaluación psicológica de la DF desde la perspectiva procesual; y la intervención psicológica, con énfasis en el enfoque cognitivo conductual.

**Palabra clave:** Dispepsia funcional, modelo biopsicosocial, evaluación, terapia cognitivo-conductual.

### **ASPECTOS CONCEPTUALES**

a dispepsia funcional (DF) es un trastorno gastrointestinal que actualmente está comenzando a generar mucho interés en la psicología clínica y de la salud, debido a la constatación de su asociación con diversos factores psicosociales, tales como el estrés psicosocial, la ansiedad, la depresión, el abuso infantil y la somatización (Hui, Ho y Lam, 1991; Folks y Kinney, 1992; Pauli, Herschbach, Weiner y von-Rad, 1992; Kellner, 1994; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003a, 2004), así como por la creciente evidencia de la eficacia de la terapia psicológica en esta condición médica (Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003b; Tobón, Sandín y Vinaccia, 2005).

La DF tiene una alta prevalencia en la población general, muy similar a la del síndrome del colon irritable. En general, tal prevalencia puede situarse entre un 11% y 14% de la po-

blación (El-Serag y Talley, 2003; Cheng, Hui y Lam, 2004). Respecto a la prevalencia de los diferentes subtipos de DF, los estudios son escasos. Kawamura et al. (2001) llevaron a cabo un estudio epidemiológico en una población japonesa y hallaron una mayor prevalencia de la dispepsia tipo dismotilidad (8,9%), seguida de la dispepsia tipo úlcera (5,2%). Además de la alta prevalencia en la comunidad, la DF es un motivo frecuente de consulta médica en atención primaria (Jones et al., 1990), a pesar de que sólo consultan una cuarta parte de las personas con síntomas de dispepsia. Todo esto implica importantes costes económicos asociados a la utilización de los servicios de salud por parte de las personas con DF (Jones et al., 1990; Koloski, Talley v Boyce, 2001), además de ser una causa de sufrimiento en un porcentaje elevado de la población.

La DF es una enfermedad funcional en la cual no hay una causa orgánica identificable por medios diagnósticos convencionales (Talley *et al.*, 2000). Esta condición médica se caracteriza por la presencia de dolor abdominal superior o malestar epigástrico recurrente o persistente, frecuentemente asociado a síntomas tales como saciedad temprana, náuseas o vómito (Talley *et al.*, 2000; Danesh y Pounder, 2000; Panganamamula, Fisher y Parkman, 2002).

De acuerdo con los criterios de Roma II (Talley et al., 2000), la DF se diagnostica cuando los síntomas están presentes durante al menos doce semanas, no necesariamente consecutivas, y dentro de los doce meses precedentes. De manera específica, el diagnóstico de la DF se basa en los siguientes criterios: (1) debe haber dolor y malestar centrado en el abdomen superior, de forma persistente y recurrente; (2) los síntomas deben darse en ausencia de una enfermedad orgánica que probablemente explique los síntomas (incluye evaluación endoscópica); (3) no debe haber evidencia de que los síntomas se alivien exclusivamente con la defecación o se asocien a cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones; y (4) no deben haber síntomas predominantes de reflujo gastro-esofágico (Talley et al., 2000).

El diagnóstico de la DF requiere descartar otras enfermedades del sistema digestivo que tienden a manifestarse con síntomas similares tales como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el síndrome del colon irritable, el cáncer gástrico y la úlcera péptica (Tack, Bisschops y DeMarchi,

2001). Esto hace que el diagnostico exacto de esta condición medica requiera en todos los casos la realización de la endoscopia digestiva superior (Tárraga López, 2004), examen que puede complementarse con otros más especializados, tales como hematología y bioquímica, examen de sangre oculta en heces y biopsia de la mucosa. En algunos casos, además, será necesario practicar la tomografía computarizada, la resonancia magnética, la medida del vaciamiento gástrico (p.ej., mediante ultrasonografía), la manometría gastrointestinal, la manometría del conducto filial y la prueba de intolerancia a los alimentos (Malagelada, 1996).

De acuerdo con los criterios de Roma II (Talley et al., 2000), la DF se clasifica en los siguientes tipos: (1) dispepsia tipo úlcera (el síntoma predominante es dolor centrado en el abdomen superior); (2) dispepsia tipo dismotilidad (el síntoma predominante es la sensación de malestar centrado en el abdomen superior; esta sensación puede estar caracterizada por o asociada con distensión abdominal superior, saciedad temprana, malestar en el hemiabdomen superior, eructos o náuseas); y (3) dispepsia inespecífica (este tipo se da cuando los síntomas de dispepsia no presentan un predominio correspondiente a alguno de los dos tipos anteriores). Para un análisis detallado sobre el diagnóstico y las características psicosociales de los trastornos gastrointestinales véase Tobón et al. (2005).

El enfoque etiológico más aceptado en la actualidad para la DF es el biopsicosocial, dado que en esta condición médica intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (Tobón et al., 2004, 2005). Acorde con este enfoque, el objetivo del presente capítulo es presentar un análisis de la evidencia reciente en torno a los factores psicosociales y biopsicológicos más estrechamente asociados a la DF. Partiendo de la base de este enfoque, se exponen una serie de planteamientos sobre el proceso de evaluación y terapia psicológica. De este modo, en el presente capítulo se pretende ofrecer a los profesionales de la salud una presentación moderna de la DF desde el marco de la psicología en la que se enfatizarán los mecanismos biopsicosociales, la evaluación y el tratamiento psicológicos.

# FACTORES Y MECANISMOS BIOPSICOSOCIALES

Centraremos nuestra atención sobre los aspectos biopsicosociales de la DF en siete dimensiones a partir de las cuales explicaremos las interrelaciones entre los diferentes factores asociados con esta condición médica. Estas dimensiones se describen en la Tabla 1. Hay dimensiones básicas implicadas en la salud tales como las demandas psicosociales, la personalidad y el comportamiento, y el afrontamiento de las situaciones estresantes. Estas dimensiones pueden actuar sobre la dimensión de los mecanismos psicobiológicos, interviniendo éstos como posibles me-

diadores de la influencia de los factores psicosociales en la alteración de la funcionalidad gastrointestinal. Otras dos dimensiones son el resultado de las anteriores: la calidad de vida relacionada con la salud, y el tratamiento y la evolución. Por último, la dimensión socioeconómica suele entenderse como una dimensión moduladora (las condiciones socioeconómicas donde se desenvuelve la persona pueden potenciar o disminuir los efectos adversos de la vulnerabilidad genética y del estrés psicosocial sobre la salud). Como complemento al análisis que aquí presentamos recomendamos la lectura de nuestras anteriores publicaciones sobre la DF (Tobón *et al.*, 2003a, 2003b, 2004, 2005).

### A. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Parece que las personas con DF tienden a tener menores ingresos, menos empleo y menor nivel educativo que las personas sanas de la población general (Haug, Svebak, Wilhelmsen, Berstad v Ursin, 1994), así como mayores dificultades sociales y laborales (Hu et al., 2002). Igualmente, esta condición médica tiende a predominar en las mujeres (Haug et al., 1994; Allescher et al., 1999; Lee et al., 2000), sin que haya todavía una explicación clara de este hecho. Además, cada vez existe mayor evidencia de que las condiciones sociales desfavorables, como el empleo informal, la pobreza y la falta de servicios públicos, se asocian a alteraciones emocionales en comunidades urbanas (Mora, Flores, González

Tabla 1. Principales dimensiones relacionadas con el enfoque biopsicosocial

Dimensión	Definición	Elementos
Contexto Socioeconómico	Contexto social y económico en el cual vive la persona, así como los mecanismos y recursos que dicho contexto pone a disposición para satisfacer las necesidades vitales y potenciar la salud.	<ul><li>Nivel educativo</li><li>Ingresos</li><li>Redes sociales</li><li>Apoyo social</li></ul>
Demandas Psicosociales	Son las situaciones en las cuales se desenvuelven las personas y que pueden potenciar o alterar salud.	- Sucesos vitales - Sucesos diarios - Estrés crónico
Evaluación Cognitiva y Estrategias de Afrontamiento	Se refiere a la forma cómo las personas evalúan las situaciones y el manejo que hacen de ellas mediante unas determinadas estrategias de afrontamiento, pudiendo esto potenciar su salud o debilitarla.	<ul> <li>Tipo de evaluación</li> <li>Estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción</li> <li>Estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema</li> </ul>
Personalidad y Comportamiento	La personalidad es la organización compleja que refleja la identidad de cada ser humano en la interacción consigo mismo y los contextos sociales y ambientales, modulando la evaluación, el afrontamiento, el cuidado de la salud general y la búsqueda de ayuda profesional cuando se requiere. El comportamiento, por su parte, es la forma como cada ser humano interactúa con las situaciones a partir de la personalidad y de los estímulos ambientales y sociales.	<ul> <li>Tipo de personalidad</li> <li>Trastornos de la personalidad</li> <li>Rasgos negativos de la personalidad (p.e., neuroticismo)</li> <li>Rasgos positivos de la personalidad (p.ej., optimismo)</li> <li>Comportamientos relacionados con el estilo de vida, tales como fumar, consumir alcohol y hacer deporte.</li> </ul>
Mecanismos Psicobiológicos	Comprende las redes neuronales y los mecanismos a través de los cuales los aspectos psicosociales activan determinados sistemas y órganos. Generalmente implican una interrelación entre el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino.	Neurotransmisores     Eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal     Eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo     Eje simpático-médulo-suprarrenal
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	Se refiere al grado de bienestar emocional, físico y social que experimenta la persona. Depende del tipo de condición médica, de la personalidad, de los recursos para cuidar y recuperar la salud, y del grado de apoyo social.	Bienestar físico     Bienestar psicológico     Bienestar social
Tratamiento y Evolución	Se refiere a la búsqueda de tratamiento por parte de las personas con una determinada condición médica, en lo cual influyen factores económicos, psicológicos y culturales.	<ul> <li>Búsqueda de ayuda profesional</li> <li>Seguimiento de las prescripciones médicas</li> <li>Evolución de la salud</li> </ul>

Nota: Para una descripción detallada de cada una de estas dimensiones en el proceso de salud, véase Núñez y Tobón (2005).

y Marroquín, 2003) y de esta forma pueden influir en la DF.

El apoyo social es un mecanismo social que ayuda a las personas a potenciar su salud y posibilita amortiguar los efectos de las situaciones estresantes, disminuyendo el riesgo para que se afecte la salud fisica y mental, en tanto media en los procesos de evaluación y afrontamiento de las situaciones (*véase*, p.ej., Sandín, 1999). Específicamente se refiere a la

ayuda y colaboración que brindan otras personas de la comunidad mediante mecanismos tales como ayudar a resolver los problemas, acompañamiento en la asistencia al servicio de salud, seguimiento de las prescripciones médicas, préstamo de dinero, apoyo emocional, etc. El apoyo social percibido se refiere a la forma cómo una persona percibe la ayuda y la colaboración que le brindan los demás.

Con respecto a la DF, son relevantes dos estudios en esta área. Uno de los primeros fue llevado a cabo por Lee et al. (2000), quienes hallaron que las personas con DF tuvieron un menor apoyo interpersonal que el grupo de control con personas sanas. Esta relación fue confirmada en un segundo estudio efectuado por Cheng et al. (2004), los cuales buscaron determinar la relación del apoyo social con el afrontamiento y los síntomas de la DF. Para ello entrevistaron a 4.038 personas de Hong Kong, encontrando que la percepción de la gravedad de los síntomas de dispepsia se relacionaba significativamente con los niveles de apoyo emocional y un estilo de afrontamiento flexible de las situaciones.

### B. DEMANDAS PSICOSOCIALES

Las demandas psicosociales son los agentes externos causantes primarios del estrés, es decir de estados de activación fisiológica y emocional que aumentan las probabilidades de tener alteraciones en la salud mental y física. En esta línea se encuentran varios estudios que han determinado una aso-

ciación de los *sucesos vitales estresantes* con la DF mediante estudios transversales y epidemiológicos realizados en la población general (Haug, Wilhelmsen, Berstad y Ursin, 1995; Lau, Hui y Lam, 1996; Allescher *et al.*, 1999; Tobón *et al.*, 2003a, 2004, 2005).

Un aspecto que ha despertado recientemente un interés especial es el estudio de la prevalencia de situaciones de abuso físico y sexual en la infancia, tema sobre el cual hay evidencias indirectas de dos estudios, en los cuales se encontró una prevalencia significativa de este tipo de situaciones en personas con trastornos gastrointestinales funcionales (incluida la DF) (Drossman *et al.*, 1990; Talley, Fett, Zinsmeister y Melton, 1994). Esta evidencia indirecta fue confirmada de forma específica en la DF en un estudio realizado por Li, Nie, Sha y Su (2002).

Sin embargo, en esta área son necesarios nuevos estudios, pues la información que se tiene todavía es muy fragmentaria y en ningún caso concluyente. Más aún si se tiene en cuenta que ha habido investigaciones en las cuales no se ha encontrado implicación de las situaciones de estrés psicosocial en este trastorno gastrointestinal (Talley y Piper, 1986; Jain, Gupta, Gupta, Rao y Bahre, 1995).

# C. EVALUACIÓN COGNITIVA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El impacto potencial de las demandas psicosociales sobre la salud depende en gran medida de cómo sean éstas evaluadas por la persona, puesto que la evaluación es lo que activa el estrés y orienta las estrategias de afrontamiento. La evaluación de las situaciones como estresantes-negativas, en cualquiera de las categorías descritas por Lazarus y Folkman (1984) (p.ej., daño, pérdida o amenaza) induce emociones negativas y puede llevar a afectar el bienestar psi-

cológico y a generar alteraciones digestivas por la activación continua de este sistema. En torno a este punto, aunque la evidencia es escasa, parece que las personas con DF tienden a informar de una evaluación más negativa de los sucesos estresantes que las personas sanas (Lee *et al.*, 2000).

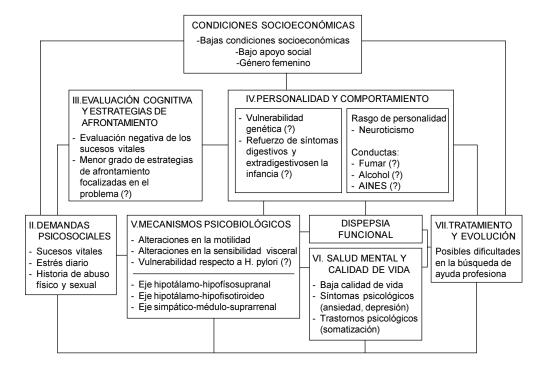


Figura 1. Modelo biopsicosocial de la dispepsia funcional.

Notas: El signo (?) significa que el factor todavía no ha sido suficientemente investigado. AINEs = fármacos antiinflamatorios no esteroideo.

Otro factor asociado al estrés psicosocial son las estrategias de afrontamiento, las cuales consisten en los esfuerzos conductuales y cognitivos que llevan a cabo las personas con el fin de disminuir la intensidad del estrés o sus efectos, ya sea actuando

sobre las demandas psicosociales externas o sobre el proceso estresante interno. Tales estrategias se ponen en acción, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), cuando las demandas internas o externas son evaluadas por las personas como algo que excede los

recursos que se poseen. En este sentido, se ha podido determinar que las personas con DF tienden a tener un menor grado de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema (Lee et al., 2000). Esto se corresponde con algunas investigaciones que informan que las estrategias de afrontamiento focalizadas en la resolución de problemas se asocian con una mejor salud mental (Herman-Stahl, Stemmler y Petersen, 1995). También se ha hallado que los efectos beneficiosos del apoyo emocional en una menor percepción de la gravedad de los síntomas de DF, se relaciona con la presencia de un estilo de afrontamiento flexible de las situaciones estresantes (Cheng et al., 2004).

### D. PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO

La personalidad es una organización psicológica estable compuesta por esquemas cognitivo-afectivos que orientan el comportamiento de la persona en interacción consigo misma, los demás y el entorno. La personalidad modula tanto la evaluación de las demandas psicosociales como el empleo de las estrategias de afrontamiento, influyendo esto en el grado de adaptación (Hewitt y Flett, 1996) y por consiguiente en su salud mental (Sandín, 1995).

Los esquemas cognitivo-afectivos se estructuran en rasgos de personalidad y en la DF se ha hallado la implicación de un rasgo de carácter negativo, como es el *neuroticismo*, pues existe evidencia de que en las perso-

nas con esta condición médica son significativamente mayores las puntuaciones en esta variable que en las personas sanas de la comunidad seleccionadas al azar y ajustadas por género (Haug et al., 1995). Esto se corresponde con investigaciones llevadas a cabo en otras áreas en las cuales ha podido determinarse que altos niveles de neuroticismo se relacionan con una adaptación deficiente (Bolger, 1990), posiblemente como consecuencia del empleo, por influencia de este rasgo de personalidad, de estrategias de afrontamiento poco eficaces y no enfocadas en el problema (Affleck, Tennen, Urrows y Higgins, 1992), tal como se ha hallado también en la DF.

Otro aspecto relacionado con la personalidad son las conductas de riesgo para la salud. En este ámbito, los estudios que han evaluado la relación entre la DF y conductas tales como el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el ingerir fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y el comer de forma irregular, son contradictorios y prima la evidencia en contra de una posible asociación (Tobón et al., 2005). Sin embargo, en un subgrupo de pacientes es probable que tales conductas de salud afecten los síntomas de dispepsia y el curso de la enfermedad, por lo que es importante tenerlas en cuenta en el proceso de evaluación y tratamiento psicológicos.

### E. MECANISMOS PSICOBIOLÓGICOS

En los pacientes con dispepsia funcional, los mecanismos patofisiológicos son diversos y todavía no hay estudios concluyentes sobre la materia. Además, parece que lo que hay es una afectación sistémica general del sistema gastrointestinal ya que muchos pacientes con DF tienen también síntomas del síndrome del colon irritable, pirosis funcional, síndrome de rumiación y dolor torácico no cardíaco. El tipo de problemas fisiológicos más frecuentes en la DF son la hipersensibilidad visceral y las alteraciones en la motilidad intestinal, todo lo cual es también común en personas con otros trastornos gastrointestinales funcionales.

Con respecto a la hipersensibilidad visceral, los estudios realizados hasta el momento indican que los pacientes con DF tienen una mayor sensibilidad a los estímulos viscerales que las personas normales, debido, probablemente, a un defecto en el procesamiento de los estímulos en el sistema nervioso central, por cuanto no hay como tal alteración en la pared gástrica que la expliquen. El estrés puede disminuir el umbral para la percepción del malestar o aumentar la percepción de la distensión gástrica a partir de la activación simpática (Iovino, Azpiroz y Domingo, 1995).

Por otra parte, las alteraciones en la motilidad en las personas con DF corresponden a un problema en la motilidad gastroduodenal relacionado con una demora en el vaciamiento gástrico de los alimentos, lo cual puede ser una de las causas del dolor y malestar epigástrico. Respecto a la implicación de factores psicológicos en esta alteración motora, se ha informa-

do que la ansiedad afecta probablemente la retención antral de los alimentos (los alimentos se quedan un mayor tiempo en el antro del estómago) en personas con DF (Lorena, Tinois, Brunetto, Camargo y Mesquita, 2004).

Se ha postulado que la bacteria Helicobacter pylori, la cual coloniza el estómago e induce gastritis histológica, puede tener también algún papel etiológico en la DF. La propuesta de la H. pylori como factor asociado a la patofisiología de la DF se debe al hecho de que en determinados casos la gastritis que produce en el estómago se expresa con dispepsia. Sin embargo, hay un gran número de personas infectadas con H. pylori asintomáticos y los estudios no han hallado una asociación concluyente de la bacteria con esta condición médica. Es factible que en un subgrupo de pacientes la bacteria sí tenga un rol etiológico esencial, como por ejemplo en personas con DF tipo úlcera (el síntoma característico es el ardor y el dolor en la parte superior del abdomen) (Tobón et al., 2005). El estrés podría interactuar con la bacteria favoreciendo los efectos patógenos de ésta como consecuencia de alteraciones en la modulación de la respuesta inmunológica del organismo frente a ella, lo cual es respaldado por diverinvestigaciones psiconeuroinmunología que evidencian cómo este factor de orden psicosocial produce una mayor vulnerabilidad frente a los efectos de virus y bacterias (Cohen y Williamson, 1991; Segerstrom y Miller, 2004).

# F. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La salud se equipara a bienestar y por eso es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no equivale a la simple ausencia de una enfermedad o incapacidad (OMS, 1948). A partir de esta concepción se ha establecido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud el cual tiene también un enfoque multidimensional (Tarlow et al., 1989; Patrick y Ericsson, 1993) que da cuenta de los resultados del proceso de salud en términos del bienestar percibido. Aunque no existe un pleno consenso en esta área respecto a este concepto (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton y Alonso, 2001), es útil la definición expuesta por Shumaker y Naughton (1995), en la cual se indica que consiste en la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, junto con los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la forma como las personas funcionan en las diferentes actividades. Las dimensiones más importantes de la calidad de vida relacionada con la salud serían el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional.

En las personas con DF hay evidencias de que su calidad de vida está disminuida, tal como es indicado por Haug et al. (1994), Berstad et al. (2001), El-Serag y Talley (2003) y Gutiérrez et al. (2003). Respecto a los factores que modulan o median en el grado de calidad de vida relacionada con la salud en esta condición médica, los estudios

son escasos, teniéndose conocimiento solamente del estudio de Gutiérrez *et al.* (2003) quienes hallaron que la ansiedad fue predictora de la calidad de vida.

Por otra parte, hay evidencia concluyente de que las personas con DF tienen un peor estado de salud mental que las personas sanas de la comunidad. Un trastorno psicológico característico de este grupo de personas es la somatización, la cual se manifiesta como una tendencia a informar más síntomas de tipo no gastrointestinal que la población general (Wilhelmsen, 2002). Esto se ha comprobado en estudios que han empleado el Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Haug et al., 1995; Lee et al., 2000). Asimismo, el trastorno de ansiedad generalizada también se asocia con la DF (Magni, di Mario, Bernasconi y Mastropaolo, 1987). Además de estos dos trastornos específicos, se encuentra una asociación significativa de la ansiedad y de la depresión con esta condición médica, lo cual se ha constatado en diversos estudios realizados con muestras clínicas y en la población general (Tobón et al., 2003a, 2004).

### G. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Cuando se presentan problemas de salud mental y física, la búsqueda de ayuda profesional, el seguimiento de las prescripciones médicas y la evolución van a ser influidos no sólo por la presencia de tales problemas, sino también por la forma como las personas perciben sus síntomas gastrointestinales, las creencias que tienen respecto a su gravedad, la motivación frente al tratamiento y la presencia de factores psicológicos como el estrés, la ansiedad, la depresión y ciertos rasgos de personalidad. En el caso de la DF este tema también ha sido escasamente estudiado hasta el momento, hallándose un estudio que determinó que el estrés psicosocial parece ser un factor que influye para que las personas con DF busquen ayuda profesional (Koloski *et al.*, 2001).

## **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Los profesionales de la medicina deben remitir a evaluación psicológica a las personas con DF en los siguientes casos (Tobón et al., 2005): (1) ante la sospecha de trastornos psicológicos; (2) cuando se sospeche que la personalidad o el empleo de estrategias de afrontamiento incide en los síntomas o afecta el tratamiento; (3) ante conductas de enfermedad asociadas con sus quejas gastrointestinales que con frecuencia llevan a estos pacientes a buscar consulta médica; (4) vivencia de situaciones de alto nivel de estrés para las cuales no se poseen los recursos suficientes de manejo; (5) asociación entre síntomas psicológicos y los síntomas gastrointestinales; (6) personas refractarias al tratamiento farmacológico, y (7) situaciones en las cuales es necesario evaluar la calidad de vida profundizando en el bienestar psicológico, como por ejemplo en algunos estudios clínicos.

Por consiguiente, en los protocolos de evaluación y tratamiento de las

personas con DF deben establecerse pautas a seguir para detectar a aquellos pacientes que requieran de evaluación y terapia psicológica. Se recomienda realizar esta evaluación desde una perspectiva procesual, es decir determinando cómo es el proceso de salud mental y cómo está afectado, incidiendo esto en la DF. Para ello se sugiere tener como referencia los diferentes componentes de la salud mental expuestos en apartados anteriores y sintetizados en la Figura 1. Esto puede hacerse mediante la entrevista clínica y puede complementarse con el empleo de pruebas específicas. En la Tabla 2 se expone un esquema ilustrativo de los pasos a seguir en la evaluación, junto con algunos instrumentos que pueden ser útiles.

### **TRATAMIENTO**

### A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para el tratamiento de la dispepsia funcional se han establecido diversos tipos de fármacos tales como los antiácidos, los citoprotectores, los antisecretores (anti-H2), los procinéticos, el tratamiento erradicador de la *H. pylori*, y el tratamiento con antidepresivos. La Asociación Española de Gastroenterología (2003) publicó una guía de tratamiento para esta enfermedad evaluando la evidencia disponible y concluyó que los antiácidos y los citoprotectores no tienen la suficiente evidencia sobre sus efectos beneficiosos en esta condición médica, aunque sean de uso en la prác-

Tabla 2. Pasos y contenidos más relevantes de la evaluación procesual en la dispensia funcional

Paso	Objetivo	Contenidos más importan- tes en la dispepsia funcio- nal a ser evaluados	Instrumento recomendado
I. Estado de salud mental	Comprender el estado de salud mental y el problema específico.	Trastornos psicopatológicos Síntomas psicopatológicos Calidad de vida	DSM-IV (APA, 1994) Hopkins Symptoms Checklist-90- Revised (SCL-90R) (González de Rivera et al., 1989)* Cuestionario de Calidad de Vida en Relación con los Problemas de Estómago e Intestinales (QoL-PEI) (Ruiz et al., 2001) **
II. Demandas psicosociales, evaluación cognitiva y afrontamiento	Determinar el tipo de demandas que tiene la persona y la manera como responde ante ellas.	Sucesos vitales estresantes Estrés diario Estrategias de afrontamiento	Cuestionario de Sucesos Vitales (Sandín y Chorot, 1987)* Cuestionario de Estrés Diario (Santed <i>et al.</i> , 1991)* Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín y Chorot, 2003)
III.Estructura y funcionamiento de la personali- dad	Determinar los esquemas cognitivos y procesos más importantes relacionados con la evaluación, las estrategias de afrontamiento y los síntomas.	Afecto positivo y negativo Neuroticismo	Positive and Negative Affect Schedule (Cuestionario PANAS de Afecto Positivo y Negativo) (Sandín et al., 1999)* Revised Eysenck Personality Questionnaire-Abreviated (Cuestionario de Personalidad EPQR- A) (Sandín et al., 2002)*
IV.Redes neuronales y biología	Buscar la relación del proble- ma de salud mental con alteraciones en las redes neuronales y determinadas condiciones médicas.	Síntomas somáticos	Escala de Síntomas Somáticos- Revisada (ESS-R) (Sandín y Chorot, 1995)*
V. Factores socioeconómicos y apoyo social	Indagar sobre la relación de los factores psicosociales con el problema y la posibili- dad de tener recursos para la salud en esta dimensión.	Ingresos personales o familiares Educación Apoyo social	Entrevista estructurada Entrevista estructurada The Social Support Behaviors- SS-B-Scale (Jiménez <i>et al.</i> , 1994)*
VI.Modelo explica- tivo, debilida- des y fortalezas	Construir un modelo para explicar el problema del paciente.	Fortalezas y debilidades Comportamiento funcional	Esquema del modelo

#### Notas:

- \* Estos instrumentos están incluidos y descritos en Sandín, Valiente y Chorot (1999).
- \*\* Este instrumento se describe en Tobón, Sandín y Vinaccia (2005).

tica clínica. Los antisecretores (anti-H2) sí cuentan con evidencia y han demostrado ser superiores al placebo. Respecto a los procinéticos, como por ejemplo la cisaprida, la domperidona y la metoclopramida, tienen un discreto

efecto beneficioso y los resultados parecen no ser concluyentes, lo cual puede también decirse de los antidepresivos.

Con respecto al empleo de un tratamiento erradicador en la DF, actualmente no hay resultados concluyentes, pues el empleo de una combinación de omeprazol, claritromicina y amoxicilina, aunque se ha mostrado eficaz en erradicar la *H. pylori*, en unos estudios disminuyó significativamente los síntomas de dispepsia (p.ej., González *et al.*, 2004; Ruiz, Gordillo, Hermosa, Arranz y Villares, 2005) pero en otros no ocurrió así (Talley, Janssens, Lauritsen, Racz y Bolling-Sternevald, 1999; Gisbert, Cruzado, García-Gravalos y Pajares, 2004).

### B. TERAPIA PSICOLÓGICA

Se ha constatado de forma general que la terapia psicológica tiene efectos positivos sobre los síntomas dispépticos y el malestar emocional (Tobón et al., 2005). Esto se basa en el hecho de que el sistema digestivo tiene un vínculo directo con el sistema nervioso central, por cuanto las personas normales pueden aprender a controlar de forma volundeterminadas funciones taria gastrointestinales mediante biofeedback (Giles, 1976). Al respecto, se han realizado estudios en los cuales las personas han logrado aprender a controlar de forma voluntaria la acidez gástrica mediante el continuo monitoreo del pH gástrico, a través de una señal de feedback proporcional a los valores de su pH.

Aunque el estudio sobre la eficacia de la terapia psicología en la DF apenas se ha iniciado, los datos obtenidos hasta el momento permiten afirmar que la hipnosis, la psicoterapia dinámica interpersonal y la terapia cognitivo-conductual tienen efectos beneficiosos en la reducción de los síntomas de dis-

pepsia y de malestar emocional, por lo que son tratamientos psicológicos prometedores para esta condición médica (Tobón *et al.*, 2005). Sin embargo, todavía están en una fase experimental debido a que los estudios para cada una de estas condiciones son escasos.

Como ejemplo de tratamiento psicológico, Tobón et al. (2005) diseñaron un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la DF. Éste se compone de ocho sesiones de terapia grupal junto con una sesión de evaluación psicológica individual, para un total de nueve sesiones. Los contenidos de cada una de las sesiones se exponen en la Tabla 3 y se estructuran en seis módulos: (1) evaluación psicológica (inicial y final), (2) reestructuración cognitiva, (3) relajación muscular progresiva, (4) asertividad, (5) resolución de problemas y (6) práctica simulada real. Se recomienda consultar Tobón et al. (2005) para una descripción en detalle de los contenidos de este tratamiento.

### **CONCLUSIONES**

En el presente capítulo se ha presentado un modelo para explicar la relación de los factores psicosociales y psicobiológicos con la DF. Acorde con ello, se ha organizado la evidencia aportada por diferentes investigaciones a través de siete dimensiones, hallándose que esta condición médica tiende a asociarse con bajas condiciones socioeconómicas, sucesos estresantes, historia de abuso sexual y físico, evaluación más negativa de

los sucesos, estrategias de afrontamiento menos focalizadas en el problema, neuroticismo, baja calidad de vida en general y alteraciones en la salud mental tales como ansiedad, depresión y somatización. Estos últi-

Tabla 3. Contenidos de un programa cognitivo-conductual grupal multicomponente para la dispepsia funcional

Sesión	Módulo	Contenidos básicos
Sesión 1	Evaluación psicológica inicial (Se realiza de forma individual)	<ul> <li>Entrevista semiestructurada para determinar cómo se evalúan y afrontan los sucesos estresantes, junto con posibles manifestaciones psicopatológicas.</li> <li>Aplicación de instrumentos psicométricos.</li> <li>Determinación de metas en acuerdo con el paciente.</li> <li>Enseñanza del AAE y entrega del instrumento al paciente.</li> </ul>
Sesión 2	Reestructura- ción cognitiva	<ul> <li>Presentación de los integrantes del grupo.</li> <li>Presentación del programa.</li> <li>El estrés y la salud.</li> <li>Papel de las creencias irracionales en el estrés y los síntomas de dispepsia.</li> <li>Entrenamiento en modificación de creencias irracionales.</li> <li>Ilustración por parte del terapeuta de cómo se evalúan adaptativamente las situaciones estresantes.</li> <li>Práctica en la evaluación adaptativa de los sucesos estresantes.</li> <li>Entrega del AAE.</li> </ul>
Sesión 3		<ul> <li>Entrevista, recogida y comentario del AAE.</li> <li>Principales creencias irracionales.</li> <li>Fortalecimiento del debate de las creencias irracionales.</li> <li>Enseñanza de otras estrategias de afrontamiento pertinentes.</li> <li>Práctica.</li> <li>Entrega del AAE.</li> </ul>
Sesión 4	Relajación muscular pro- gresiva	<ul> <li>Entrevista, recogida y comentario del AAE.</li> <li>Entrenamiento en RMP.</li> <li>Práctica en RMP.</li> <li>Entrega del AAE</li> </ul>
Sesión 5	Asertividad	<ul> <li>Entrevista, recogida y comentario de los autorregistros.</li> <li>Entrenamiento en asertividad.</li> <li>Práctica en el manejo de las situaciones sociales con asertividad.</li> <li>Entrega del AAE.</li> </ul>
Sesión 6	Resolución de problemas	<ul> <li>Entrevista, recogida y comentario de los autorregistros.</li> <li>Práctica de la relajación.</li> <li>Entrenamiento en la resolución de problemas.</li> <li>Práctica en la resolución de problemas.</li> <li>Entrega del AAE.</li> </ul>
Sesión 7	Práctica simula- da y real	<ul> <li>Entrevista, recogida y comentario de los autorregistros.</li> <li>Práctica: afrontamiento de situaciones estresantes simuladas aplicando todas las técnicas.</li> <li>Entrega del AAE</li> </ul>
Sesión 8		<ul> <li>Entrevista, recogida y comentario de los autorregistros.</li> <li>Práctica: afrontamiento de situaciones estresantes reales aplicando todas las técnicas.</li> </ul>
Sesión 9	Evaluación Psicológica Final	<ul> <li>Aplicación de instrumentos psicométricos.</li> <li>Evaluación de síntomas de dispepsia.</li> <li>Evaluación de metas de forma cuantitativa y cualitativa.</li> <li>Recomendaciones finales.</li> </ul>

Nota: AEE = Autorregistro del Afrontamiento del Estrés; RMP = Relajación muscular progresiva. Tomado de Tobón, Sandín y Vinaccia (2005).

mos tres factores cuentan con evidencia sólida, mientras que los demás factores psicosociales considerados requieren de nuevos estudios para llegar a resultados concluyentes.

La información que hemos presentado sobre la implicación de los factores psicológicos y sociales sugiere la necesidad de incluir la detección de personas con problemas emocionales en el protocolo de atención médica de la DF, con el fin de que sean evaluadas por los profesionales de la psicología y así se les pueda brindar terapia psicológica acorde con sus requerimientos. En la evaluación se sugiere seguir un enfoque procesual determinando cómo se encuentra la salud mental del paciente, continuando luego con el análisis de las situaciones posiblemente estresantes, la evaluación cognitiva, el afrontamiento y las características de personalidad. Con respecto a la terapia, es relevante seguir un procedimiento cognitivoconductual que aborde al menos la relajación, la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. Este tipo de intervención posiblemente desempeñe en un futuro no muy lejano un papel hegemónico como método de elección para el tratamiento de la DF.

#### REFERENCIAS

- Affleck, G.; Tennen, H. Urrows, S. y Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting* and Clinical Psychology, 60, 119-126.
- Allescher, H.D.; Adler, G.; Hartung, J.; Manns, M.P.; Riemann, J.F.; Wienbeck, M. y Classen, M. (1999). [Estudio Epidemiológico Prospectivo de Males-

- tar Epigástrico (PRESTO). Trabajo de base y resultados preliminares]. Prospektive Epidemiologische Studie der Oberbauchbeschwerden (PRESTO). Grundlagen und erste Ergebnisse (Artículo en Alemán). Deutsche Medizinische Wochenschrift, 124, 443-450.
- American Psychiatric Association (APA) (1994).

  Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>a</sup> ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Asociación Española de Gastroenterología (2003).

  Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología.
- Berstad, A.; Olafsson, S.; Tefera, S.; Hatlebakk, J.G.; Gilja, O.H. y Hausken, T. (2001). Controversies in dyspepsia. *The European Journal of Surgery Suplement*, 586, 4-11.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- CHENG, C.; Hui, W.M.; y Lam, S.K. (2004). Psychosocial factors and perceived severity of functional dyspeptic symptoms: a psychosocial interactionist model. *Psychosomatic Medicine*, 66, 85-91.
- COHEN, S. y WILLIAMSON, G.M. (1991). Stress and infectiouns disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- Danesh, J. y Pounder, R.E. (2000). Eradication of Helicobacter pylori and non-ulcer dyspepsia. The Lancet, 355, 766-767.
- Drossman, D.A. Leserman, J.; Nachman, G.; Gluck, H.; Toomey, T.C.; y Mitchel, C.M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113, 828-833.
- EL-SERAG, H.B. y Talley, N.J. (2003). Health-related quality of life in functional dyspepsia. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 18, 387-393.
- Folks, D.G. y Kinney, C.K. (1992). The role of psychological factors in gastrointestinal conditions, a review pertinent to DSM-IV. *Psychosomatics*, *33*, 257-270.
- Giles, S.L. (1976). Separate and combined effects of biofeedback training and brief individual psychotherapy in the treatment of gastrointestinal disorders. *Dissertation Abstract Int*, 39, 2495B.

- GISBERT, J.P.; CRUZADO, A.I.; GARCIA-GRAVALOS, R. y PAJARES, J.M. (2004). Lack of benefit of treating Helicobacter pylori infection in patients with functional dyspepsia. Randomized one-year follow-up study. *Hepatogastroenterology*, 51, 303-308.
- González de Rivera, J.L.; Derogatis, L.R.; De las Cuevas, C.; Gracia-Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M. y Monterrey, A.L. (1989). The spanish versión of the SCL-90-R. Normative data in general population. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- González, P.; Legaz, M.L.; Pérez, F.; López, J.M.E., Valenzuela, J.C.; Ponte, A.; Ruiz, F.; Pedraza, C.; Díaz de Rojas, F. y Saez, J.M. (2004). Eficacia de la erradicación de *Helicobacter pylori* en la dispepsia no ulcerosa. *Medicina Clínica*, 122, 87-91.
- Gutiérrez, A.; Rodrigo, L.; Riestra, S.; Fernández, E.; Cadahia, V.; Tojo, R.; Fuentes, D.; Nino, P. y Olcoz, J.L. (2003). Quality of life in patients with functional dyspepsia: a prospective 1-year follow-up study in Spanish patients. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 15, 1175-1181.
- HAUG, T.T.; SVEBAK, S.; WILHELMSEN, I.; BERSTAD, A.; y URSIN, H. (1994). Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 281-291.
- HAUG, T.T.; WILHELMSEN, I.; BERSTAD, A. Y URSIN, H. (1995). Life events and stress in patients with functional dyspepsia compared with patients with duodenal ulcer and healthy controls. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 30, 524-530.
- HERMAN-STAHL, M.; STEMMLER, M. y PETERSEN, A.C. (1995).
  Approach and Avoidant coping: Implications for adolescents' health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 649-665.
- Hewitt, P.L.; y Flett, G.L. (1996). Personality traits and the coping process. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping*. New York: Wiley.
- Hu, W.H.; Wong, W.M.; Lam, C.L.; Lam, K.F.; Hui, W.M.; Lai, K.C.; Xia, H.X.; Lam, S.K. y Wong, B.C. (2002). Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. Alimentary Pharmacology Therapeutics, 16, 2081-2088.

- Hui, W.M.; Ho, J. y Lam, S.K. (1991). Pathogenetic role of helicobacter pylori in duodenal ulcer disease. Multivariate analysis of factors affecting relapse. *Digestive Diseases and Sciences*, 36, 424-430.
- IOVINO, P.; AZPIROZ, F. y DOMINGO, E. (1995). The sympathetic nervous system modulates perception and reflex responses to gut distension in humans. *Gastroenterology*, 108, 680-686.
- JAIN, A.K.; GUPTA, J.P.; GUPTA, S.; RAO, K.P.; y BAHRE, P.B. (1995). Neuroticism and stressful life events in patients with non-ulcer dyspepsia. The Journal of the Association of Physicians of India, 43, 90-91.
- Jiménez, M.P.; Sandin, B.; Chorot, P. y Santed, M.A. (1994). Perceived social support: relationship with life events and health. 23rd International Congress of Applied Psychology. Madrid, 17-22 de julio.
- Jones, R.H.; Lydeard, S.T.; Hobbs, F.D.R. Kenkre, J.E.; Williams, E.I.; Jones, S.J.; Repper, J.A., Caldow, J.L.; Dunwoodie, W.M. y Bottomley, J.M. (1990). Dyspepsia in England and Scotlan. *Gut*, *31*, 401-405.
- KAWAMURA, A.; ADACHI, K.; TAKASHIMA, T.; MURAO, M.; KATSUBE, T.; YUKI, M. WATANABE, M.; Y KINOSHITA, Y. (2001). Prevalence of functional dyspepsia and its relationship with *Helicobacter pylori* infection in a Japanese population. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 16, 384-388.
- Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. Psychotherapy and Psychosomatics, 61, 4-24.
- Koloski, N.A. Talley, N.J., y Boyce, P.M. (2001). Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: A critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. *The American Journal of Gastroenterology*, 96, 1340-1349.
- Lau, G.K. Hui, W.M. y Lam, S.K. (1996). Life events and daily hassles in patients with atypical chest pain. *The American Journal of Gastroenterology*, 91, 2157-2162.
- LAZARUS, R.S. Y FOLKMAN, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Lee, S.Y. Park, M.C.; Choi, S.C.; Nah, Y.H.; Abbey, S.E. y Rodin, G. (2000). Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 93-99.
- Li, Y.; Nie, Y.; Sha, W. y Su, H. (2002). The link between psychosocial factors and functional

- dyspepsia: an epidemiological study. *Chinese Medical Journal*, 115, 1082-1084.
- Lorena, S.L.; Tinois, E.; Brunetto, S.Q.; Camargo, E.E. y Mesquita, M.A. (2004). Gastric emptying and intragastric distribution of a solid meal in functional dyspepsia: influence of gender and anxiety. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 38, 230-236.
- Magni, G.; di Mario, F.; Bernasconi, G. y Mastropaolo, G. (1987). DSM-III diagnoses associated with dyspepsia of unknown cause. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 1222-1223.
- Malagelada, J.R. (1996). Functional dyspepsia. Insights on mechanisms and management strategies. *Gastroenterology Clinics of North America*, 25, 103-112.
- Mora, J.; Flores, F.; Gonzalez, M. y Marroquin, M. (2003). Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal. Salud Mental, 26, 51-60.
- NUNEZ, A.C. y TOBÓN, S. (2005). Terapia cognitivoconductual. El Modelo Procesual de la Salud Mental como camino para la integración, la investigación y la clínica. Manizales: Editorial Universidad de Manizales.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). Carta de Constitución. Ginebra: OMS.
- Panganamamula, K.V.; Fisher, R.S. y Parkman, H.P. (2002). Functional (nonulcer) dyspepsia.

  Current Treatment Options in Gastroenterology, 5, 153-160.
- Patrick, D.L. y Erickson, P. (1993). Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press.
- PAULI, P.; HERSCHBACH, P.; WEINER, H. y von-Rad, M. (1992). [Factores psicológicos en la dispepsia no ulcerosa] Psychologische Faktoren der non-ulcer dyspepsia (NUD) (Artículo en Italiano). Psyhotherapie, Psychosomatik, Medizinisch Psychologie, 42, 295-301.
- Rajmil, L.; Estrada, M.D.; Herdman, M.; Serra-Sutton, V.; y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15 (Supl. 4), 34-43.
- RUIZ, A.; GORDILLO, F.J.; HERMOSA, J.C.; ARRANZ, E. y VILLARES, J.E. (2005). Evaluación de la sintomatología y calidad de vida en la dispepsia funcional antes y después de trata-

- miento de erradicación de H. pylori. *Medicina Clínica*, 124, 401-405.
- RUIZ, M.; VILLASANTE, F.; LEÓN, F.; GONZÁLEZ-LARA, V.; GONZÁLEZ, C.; CRESPO, M.; SOTO, J. y REJAS, J. (2001). Cuestionario sobre calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale. *Medicina Clínica*, 117, 567-573.
- Sandin, B. (1995). Estrés. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* Vol. II (pp.3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999) (Ed.). El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik.
- SANDÍN, B.; y CHOROT, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8, 39-54.
- SANDIN, B.; CHOROT, P.; LOSTAO, L.; JOINER, T.E.; SANTED, M.A. y VALIENTE, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. Psicothema, 11, 37-51.
- SANDÍN, B.; VALIENTE, R. y CHOROT, P. (1999). Evaluación del estrés psicosocial: material de apoyo. En Sandín, B. (1999) (Ed.). El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas (pp. 245-316). Madrid: Klinik.
- SANDÍN, B. VALIENTE, R.M.; CHOROT, P.; OLMEDO, M.; y SANTED, M.A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A): Replicación factorial, fiabilidad y validez. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7, 207-216.
- Segerstrom, S.C. y Miller, G.E. (2004). Psychological stress and the human inmune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.
- Shumaker, S. y Naughton, M. (1995). The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective. En S. Shumaker y R. Berson (Eds.), The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications.
- Tack, J.; Bisschops, R. y DeMarchi, B. (2001). Causes and treatment of functional dyspepsia. *Current Gastroenterology Reports*, 3, 503-508.
- Talley, N.J.; Fett, S.L.; Zinsmeister, A.R. y Melton, L.J. 3rd. (1994). Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology*. 107, 1040-1049.

- Talley, N.J.; Janssens, J.; Lauritsen, K.; Racz, I.; y Bolling-Sternevald, E. (1999). Eradication of Helicobacter pylori in functional dyspepsia: randomised double blind placebo controlled trial with 12 months' follow up. BMJ, 318, 833-837.
- TALLEY, N.J. y PIPER, D.W. (1986). Major life event stress and dyspepsia of unknown cause: a case control study. Gut, 27, 127-134.
- Talley, N.J. Stanghellini, V.; Heading, R.C.; Koch, K.L.; Malagelada, J.R.; y Tytgat, G.N. (2000). Functional gastroduodenal disorders, en D.A. Drossman, E. Corazziari, N.J. Talley, W. Grant Thompson y W.E. Whitehead (Eds.), Rome II: The functional gastrointestinal disorders (2nd ed.). Mclean, VA: Degnon Associates.
- Tarlow, A.R.; Ware, J.E. JR.; Greenfield, S.; Nelson, E.C.; Perrin, E. y Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcome Study: an application of method for monitoring the results of medical care. *JAMA*, *262*, 925-930.

- TARRAGA, P.J. (2004). Trastornos funcionales digestivos: una visión desde la atención primaria. Revista de la SEMG, 61, 78-83.
- Tobón, S.; Sandín, B. y Vinaccia, S. (2005). Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos. Madrid: Klinik.
- Tobón, S.; Vinaccia, S. y Sandín, B. (2003a). Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*, 2, 223-234.
- Tobon, S.; Vinaccia, S. y Sandín, B. (2003b). Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico. *Terapia Psicológica*, 21, 173-182.
- Tobón, S.; Vinaccia, S. y Sandín, B. (2004). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9, 81-98.
- WILHELMSEN, I. (2002). Somatization, sensitization, and functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 177-180.

Fecha de envío: Noviembre 24 de 2007 Fecha de aceptación: Enero 30 de 2008