

<https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.62749>

Efectos del Antecedente de Abuso, Rumiación, Ansiedad y Depresión Sobre la Contracción Paradójica del Puborrectal

IRAMA CARDOZO QUINTANA

Instituto de Psicología - Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons "reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas" Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

Cómo citar este artículo: Cardozo, I. (2018). Efectos del Antecedente de abuso, rumiación, ansiedad y depresión sobre la contracción paradójica del puborrectal. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 31-49. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.62749>

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a la Dra. Irama Cardozo Quintana, e-mail: iramillac@gmail.com. Av. Neveri con calle Edison, Centro Comercial Los Chaguaramos, piso 2, ofic. 2-11, Caracas, Distrito Capital, Venezuela.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

RECIBIDO: 17 DE FEBRERO DE 2017 - ACEPTADO: 29 DE ENERO DE 2018

Resumen

El objetivo de este trabajo fue determinar los efectos del antecedente de abuso sexual y emocional, rumiación, ansiedad y depresión sobre la contracción paradójica del puborrectal. Se realizó un estudio de campo con diseño transversal en 118 pacientes. Los resultados de los análisis de regresión demuestran que el antecedente de abuso sexual predice contracción paradójica del puborrectal, depresión y rumiación, además de ejercer efecto indirecto sobre depresión y ansiedad a través de rumiación. El antecedente de abuso emocional predice mayor ansiedad y menor depresión. La rumiación predice ansiedad y depresión. Se sugiere aplicar estos resultados en la práctica y explorar en estudios ulteriores las interrogantes derivadas de este trabajo.

Palabras clave: abuso, rumiación, ansiedad, depresión, contracción paradójica del puborrectal.

Effects of Abuse History, Rumination, Anxiety, and Depression on the Paradoxical Contraction of the Puborectalis Muscle

Abstract

The objective of this research was to determine the effects of sexual and emotional abuse history, rumination, anxiety, and depression on the paradoxical contraction of the puborectalis muscle. A cross-sectional study was carried out in 118 patients. The results of regression analyses show that a history of sexual abuse predicts paradoxical contraction of the puborectalis muscle, depression, and rumination, besides having an indirect effect on depression and anxiety through rumination. A history of emotional abuse predicts greater anxiety and less depression. The article suggests that these results must be applied in practice and that subsequent studies should explore the questions deriving from this research.

Keywords: abuse, rumination, anxiety, depression, contraction of the puborectalis muscle.

Efeitos do Antecedente de Abuso, Ruminação, Ansiedade e Depressão sobre a Contração Paradoxal do Puborretal

Resumo

O objetivo deste trabalho foi determinar os efeitos do antecedente de abuso sexual e emocional, ruminação, ansiedade e depressão sobre a contração paradoxal do puborretal. Realizou-se um estudo de campo com desenho transversal em 118 pacientes. Os resultados das análises de regressão demonstram que o antecedente de abuso sexual prevê a contração paradoxal do puborretal, depressão e ruminação, além de exercer efeito indireto sobre depressão e ansiedade através da ruminação. O antecedente de abuso emocional prevê maior ansiedade e menor depressão. A ruminação prevê ansiedade e depressão. Sugere-se aplicar esses resultados na prática e explorar as interrogantes derivadas deste trabalho em estudos posteriores.

Palavras-chave: abuso, ansiedade, contração paradoxal do puborretal, depressão, ruminação.

LA CONTRACCIÓN paradójica del puborrectal o anismo es una condición cuya etiología aún está en estudio y se caracteriza por una contracción del músculo puborrectal en el momento de la defecación, que implica síntomas tales como sensación de evacuación incompleta y esfuerzo defecatorio. Suele ser un trastorno concomitante con patologías anorrectales como el estreñimiento crónico o síndrome de defecación obstruida, rectocele, dolor anal, patología hemorroidal, intususcepción rectal, enterocele, descenso perineal, síndrome de úlcera rectal solitaria y fisuras anales (Jovanović et al., 2015; Pescatori, Spyrou, & Pulvirenti d'Urso, 2007; Rhoads & García-Aguilar, 2005; Simón & Bueno, 2009). Algunos autores (Bharucha & Wald, 2010; Chaparro, González, & Moreno-Otero, 2007; Ellis & Essani, 2012; Rhoads & García-Aguilar, 2005) afirman que esta condición puede formar parte de la etiología de distintas patologías anorrectales y puede estar implicada en el mantenimiento y cronificación de las mismas, dado que gran parte de los pacientes presenta anismo como trastorno concomitante con la patología anorrectal.

De lo anteriormente expuesto, se deriva la importancia de la detección de la contracción paradójica del puborrectal para la selección de los algoritmos de intervención más adecuados para tratar la patología anorrectal particular, pues de lo contrario, la probabilidad de recidivas se incrementa y esto trae como consecuencia un deterioro en la salud de los pacientes debido a la cronificación del problema (Chaparro et al., 2007), a las implicaciones relacionadas con los síntomas (dolor anal, dificultad y dolor al evacuar, gran esfuerzo defecatorio, sensación de evacuación incompleta o sangramiento anal) y a las consecuencias de tales síntomas (problemas sexuales, absentismo laboral e irritabilidad) lo cual impacta negativamente la calidad de vida (Bharucha & Wald, 2010; Lastra, Moreno, Prieto, & Sardiñas, 2010).

En cuanto a la etiología, no existen hallazgos que permitan atribuir la contracción paradójica del puborrectal a lesiones estructurales, neurológicas o a problemas bioquímicos específicos

(Rhoads & García-Aguilar, 2005), mas se plantea que podría ser un trastorno adquirido al aprender de manera errada la realización de las maniobras de la defecación (Jovanović et al., 2015; Chaparro et al., 2007) lo que es cónsono con que uno de los tratamientos más empleados en estos casos sea el *biofeedback* (del Popolo, Cioli, Plevi, & Pescatori, 2014). Sin embargo, se ha encontrado comorbilidad con factores psicosociales tales como el antecedente de abuso sexual, la depresión y la ansiedad (Jovanović et al., 2015; Pescatori et al., 2007; Rhoads & García-Aguilar, 2005; Bouchoucha, Devroede, & Arsac, 2004). Los hallazgos apuntan a la existencia de frecuente comorbilidad, pero no establecen una relación causal entre tales factores y la contracción paradójica del puborrectal.

Algunos estudios (Bouchoucha et al., 2004; Jovanović et al., 2015; Leung, Riutta, Kotecha, & Rosser, 2011; Solé et al., 2009) avalan la existencia de una alta asociación entre el abuso sexual y la presencia de contracción paradójica del puborrectal, indicando que esta última podría ser un indicador de que en algún momento de su vida la persona fue víctima de esta forma de abuso y que por ello es obligatoria la determinación de dichos antecedentes en los pacientes con este trastorno; sin embargo, los estudios no muestran un análisis de la posible relación causal entre ambos aspectos, sino que afirman la existencia de alta prevalencia y correlación entre ellos. Por esto se sugiere evaluar tanto las relaciones como el posible poder predictivo del antecedente de abuso sexual en el desarrollo, mantenimiento y eficacia de los tratamientos en esta y otras patologías anorrectales (Solé et al., 2009), con la finalidad de consolidar los algoritmos de evaluación e intervención establecidos para su tratamiento, ya que se ha comprobado que los pacientes con tales antecedentes suelen presentar exacerbación de síntomas y peor calidad de vida en relación con las patologías asociadas a la contracción paradójica del puborrectal, que aquellos que no los presentan (Imhoff, Liwanag, & Varma, 2012).

Se desconoce si existe relación entre el abuso emocional y la contracción paradójica del puborrectal; sin embargo, se sabe que este antecedente está relacionado con trastornos gastrointestinales funcionales —como el síndrome de intestino irritable— y que suele ser comórbido con el abuso físico y sexual (Ali et al., 2000) cuya relación con el ánimo ha sido reportada. Por otra parte, las personas que han sido víctimas de abuso emocional en la infancia o adultez suelen presentar depresión y ansiedad, especialmente ansiedad social (García-López, Iruñia, Caballo, & Díaz-Castela, 2011). Autores como García-López et al. (2011) y Ali et al. (2000) señalan que dichas variables podrían tener un rol mediador en la relación entre el antecedente de abuso emocional y la presentación de una patología física. Así mismo, Pescatori et al. (2007) revela que un 44% de los pacientes evaluados padecían contracción paradójica del puborrectal y un 66% ansiedad y depresión, lo cual coincide con hallazgos recientes de autores como Bharucha y Wald (2010), quienes indican que la contracción paradójica del puborrectal es frecuente en pacientes con patología anorrectal y es concomitante con las variables ansiedad y depresión. Partiendo de lo anterior, se plantea la interrogante de si existe alguna implicación o relación causal entre el antecedente de abuso emocional y dichos trastornos psicológicos presentes en los pacientes con trastornos anorrectales, específicamente contracción paradójica del puborrectal.

En lo que se refiere a la depresión, estudios como el de Téllez, Juárez-García, Jaime-Bernal y García-Cadena (2015), señalan que la depresión tiene una alta prevalencia en personas con enfermedades crónicas, sea como causa o como consecuencia de las mismas. Específicamente en los trastornos anorrectales, Bouchoucha et al. (2004), señalan que la contracción paradójica del puborrectal cursa con distintos trastornos gastrointestinales (dispepsia, dolor abdominal funcional, trastornos intestinales funcionales) y que existen diferencias en los niveles de depresión entre los pacientes que presentan esta condición

y los que no. Los autores sugieren el desarrollo de estudios ulteriores donde se aclaren las relaciones planteadas, empleando instrumentos válidos y confiables para la evaluación de los síntomas depresivos. De igual forma, Podzemny, Pescatori y Pescatori (2015), señalan que uno de los trastornos ocultos en el síndrome de defecación obstruida es la contracción paradójica del puborrectal y que existe comorbilidad del síndrome con la depresión.

Las personas que padecen trastornos anorrectales suelen presentar ansiedad, expresada en comportamientos tales como temor a ser evaluadas negativamente, evitación social y ansiedad ante situaciones sociales, por lo que los estudios sugieren analizar de manera exhaustiva la incidencia de estas problemáticas en los trastornos anorrectales (Lastra et al., 2010). Específicamente, los pacientes que presentan patologías comórbidas con la contracción paradójica del puborrectal, suelen presentar altos niveles de ansiedad (Bharucha & Wald, 2010; Pescatori et al., 2007; Bouchoucha et al., 2004), mas no se ha determinado si la ansiedad puede ser predictora de la contracción paradójica del puborrectal, ni si existe alguna asociación o relación causal entre el antecedente de abuso en estos pacientes y el alto nivel de ansiedad.

La ansiedad y la depresión, además de estar asociadas con antecedentes de abuso, tanto sexual como emocional (Sierra, Paz, Buela-Casal, & Monge, 2014), son consideradas consecuencia de dichos antecedentes y mediadoras de la relación entre estos y los trastornos físicos (Almendros, Gámez-Guadix, Carroble, Rodríguez-Carballeira, & Porrúa, 2009), además guardan relación con otros trastornos psicológicos. Diversos estudios (Guarino, 2011; Watkins & Moulds, 2005; Zoccola Dickerson, & Zaldivar, 2008) han reportado que existe relación entre la ansiedad y la depresión con la rumiación. Por ejemplo, las personas que se encuentran deprimidas o que se han recuperado de esta condición, tienen mayor tendencia a la rumiación que las que no están deprimidas (Muris, Roelofs, Rassin, Franken, & Mayer, 2005; Watkins & Moulds, 2005; Roger, de la Banda, Lee, & Olason, 2001).

En estos pacientes, la relación entre rumiación y los problemas anorrectales presenta comportamientos que caracterizan la rumiación, como la preocupación y la ideación pesimista (Gros, Anthony, McCabe, & Swinson, 2009).

Por otra parte, se ha estudiado el antecedente de abuso sexual en los pacientes con contracción paradójica del puborrectal, pero no se han evaluado sistemáticamente los posibles efectos directos e indirectos de los antecedentes de abuso y las variables psicológicas rumiación, ansiedad y depresión sobre la contracción paradójica del puborrectal. Aclarar estas relaciones constituiría un aporte importante para la comprensión del trastorno y, por ende, para la optimización de los algoritmos de evaluación e intervención en estos casos, con la finalidad de incrementar la calidad de vida de los pacientes y reducir los riesgos de recaídas y padecimientos de otras patologías anorrectales. En este orden de ideas, la presente investigación pretende alcanzar el objetivo de determinar los efectos del antecedente de abuso sexual y emocional, rumiación, ansiedad y depresión sobre la contracción paradójica del puborrectal.

Las hipótesis planteadas son las siguientes (Figura 1): a) El abuso sexual, el abuso emocional, la rumiación, la ansiedad y la depresión determinan la presencia de contracción paradójica del puborrectal; b) El abuso sexual, el abuso

emocional y la rumiación determinan la ansiedad y la depresión; c) el abuso sexual y el abuso emocional determinan la rumiación.

Método

Participantes

Fueron 118 pacientes, 35 hombres y 83 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 78 años que presentan trastornos anorrectales (dolor anal, fisura, rectocele, patología hemorroidal, estreñimiento o incontinencia), con una media de 47.26 años. Este diagnóstico indicaba la presencia o ausencia de contracción paradójica del puborrectal. Los pacientes eran residentes de distintos estados de Venezuela que asistían a tres centros de salud ubicados en la ciudad de Caracas, dedicados a la atención de pacientes con trastornos de colon, recto y ano. La mayoría de los pacientes, el 78%, profesaban la religión católica, 35.6% eran casados, 19.5% tenían nivel de instrucción de bachillerato y 66.9% estaban empleados. Se realizó un tipo de muestreo no probabilístico del tipo propositivo (Kerlinger & Lee, 2002). Cabe señalar que aunque el tamaño muestral es relativamente bajo, se cumple con el criterio mínimo para la realización del análisis de regresión según Hair, Anderson, Tatham y Black (2008), quienes indican que debe haber un mínimo de 20 sujetos por variable independiente.

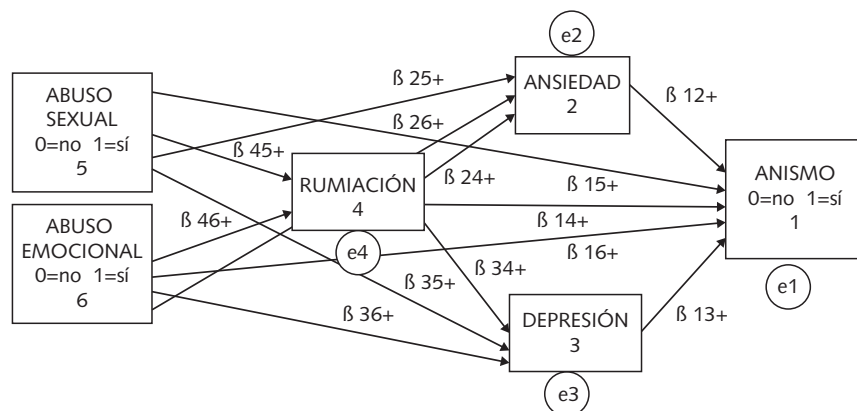


Figura 1. Diagrama de ruta propuesto.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad Estado (IDARE). Compuesto por 20 reactivos con opción de respuesta de 1 (*no, en lo absoluto*) a 4 (*mucho*). Las puntuaciones van de 20 a 80. Una puntuación alta indica alto nivel de ansiedad. Los índices de confiabilidad de la escala original oscilaban entre .73 y .86 para la escala ansiedad rasgo y entre .83 y .92 para la escala ansiedad estado (Díaz-Guerrero & Spielberger, 1975). En la validación española realizada por Bermúdez (cf. Teva, Bermúdez, Hernández-Quero, & Buela-Casal, 2005) los índices de consistencia interna fueron de .82 y .92 para cada escala.

Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD). Diseñado por Jiménez y Miguel-Tobal (2003), evalúa la depresión desde el modelo teórico de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). La estandarización venezolana para pacientes con enfermedades crónicas realizada por Cardozo, Guarino y Rondón (2016) consta de 32 ítems. La escala de respuesta va de 0 (*casi nunca*) a 4 (*casi siempre*). Los puntajes van desde 0 hasta 128. Una puntuación alta indica mayor nivel de depresión. Los índices de confiabilidad en todas las escalas son superiores a .75. El índice de consistencia interna de la prueba total es de .85. Las correlaciones entre escalas oscilan entre .37 y .49 y las correlaciones entre las tres escalas y la prueba total, se encuentran entre .70 y .81. La validez de criterio, explorada a partir del cálculo del índice de correlación con el Inventario de Ansiedad Rasgo (IDARE), arrojó un índice de correlación de .70. El cuestionario presenta una estructura factorial que explica un 31.94% de la varianza total.

Escala de Rumiación del Cuestionario de Estilo Emocional (CEE). Versión abreviada del ECQ (Roger & Najarian, 1998) adaptada para población hispano parlante y validada por Guarino (2011) en una muestra de estudiantes universitarios venezolanos. Está conformado por 18 ítems con escala de respuesta dicotómica (*cierto-falso*). Se obtiene una

puntuación total que se encuentra entre 0 y 18. El índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de .82 (Guarino, 2011). Los índices de validez concurrente con constructos relacionados con la Escala de Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN), la Escala de Distanciamiento emocional (DE; Guarino, & Roger, 2005) y la escala de Distrés Personal (DP) del IRI (Davis, 1980) oscilan entre .71 y .28.

Cuestionario de Historia de Abuso (Solé et al., 2009). Explora el antecedente de abuso sexual y emocional. Consta de 2 subescalas, las cuales evalúan cada tipo de abuso. La escala de abuso sexual tiene 5 interrogantes que evalúan experiencias que implican amenazas, contacto sexual con la mano, boca u objetos o coito vaginal o anal y otras experiencias no deseadas. Por su parte, la escala de abuso emocional tiene 4 interrogantes que evalúan experiencias de maltrato psicológico que implican minusvaloración, acusaciones injustas, sobrecarga de demandas o solicitud de participación en conflictos en los que la persona no está involucrada, sea en el ámbito familiar o laboral. La versión original creada para personas con problemas gastrointestinales presentaba un grado de acuerdo entre los ítems y una entrevista sobre el antecedente de abuso sexual y físico de un 81% y 70% respectivamente. La confiabilidad *test-retest* fue de 81% y 77% de acuerdo en cada tipo de abuso. Incluye un apartado de abuso emocional (Solé et al., 2009) construido para pacientes con disfunciones del piso pélvico. Para este trabajo se tradujo el instrumento y se validaron los ítems a través del juicio de expertos, solicitando la colaboración de 6 profesionales en medicina y psicología con dominio avanzado de los idiomas inglés y español, y experiencia entre 2 y 19 años en la atención a personas con este tipo de antecedente. Los expertos consideraron adecuados y suficientes los ítems para evaluar abuso sexual, pero señalaron algunas observaciones para mejorar su claridad, las cuales fueron incorporadas en el instrumento definitivo. En cuanto a los ítems que evalúan el abuso emocional, 5 de los 6 expertos señalaron que eran adecuados y claros, mientras que el otro aportó sugerencias para mejorar su

claridad, las cuales se agregaron en el instrumento definitivo. Después se realizó la traducción inversa para contrastar la realizada al español.

Procedimiento

Se estableció el contacto con las instituciones que atienden pacientes con trastornos anorrectales en la ciudad de Caracas y se solicitaron los permisos pertinentes para proceder a la aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada según los criterios establecidos. Se solicitó la firma del consentimiento informado a los pacientes que voluntariamente aceptaron participar. Posteriormente, se aplicó de manera individual y en una sola sesión de entre 20 y 30 minutos cada uno de los instrumentos, y se construyó la base de datos para asentar los datos recopilados. Luego, se realizaron los análisis estadísticos correspondientes en el paquete estadístico SPSS versión 20 y se efectuaron los análisis correspondientes para el establecimiento de las conclusiones del estudio.

Resultados

Estadísticos Descriptivos

Se observó que los pacientes que no presentan anismo representan el 67.8% del total ($n=80$), mientras que un 32.2% ($n=38$) sí presenta la condición (Figura 3). En la tabla 1 se observan los estadísticos descriptivos de las variables en estudio.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de las variables en estudio

| | Ansiedad | Depresión | Rumiación |
|-------------------|--------------------|-----------|-----------|
| <i>N</i> | 118 | 118 | 118 |
| Media | 39.3559 | 26.5593 | 7.1271 |
| Mediana | 38.0000 | 22.0000 | 6.0000 |
| Moda | 34.00 ^a | 10.00 | 4.00 |
| Desviación típica | 10.49259 | 18.10678 | 4.42902 |
| Asimetría | 0.561 | 0.678 | 0.430 |
| Curtosis | -0.467 | -0.206 | -0.743 |
| Mínimo | 22.00 | 0.00 | 0.00 |
| Máximo | 64.00 | 78.00 | 18.00 |

Nota: ^a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

En la Tabla 2 se muestran las frecuencias de las variables categóricas: antecedente de abuso sexual y emocional en el grupo de pacientes con y sin contracción paradójica del puborrectal.

Tabla 2
Frecuencia de antecedente de abuso sexual y emocional

| <i>N=118</i> | Antec. Abuso sexual | Antec. Abuso emocional |
|---|---------------------|------------------------|
| Total | 15 (12.7%) | 50 (42.4%) |
| Pacientes con contracción paradójica del puborrectal. | 26.3% | 57.9% |
| Pacientes sin contracción paradójica del puborrectal. | 6.3% | 35.0% |

Correlaciones entre las Variables de Estudio

Las correlaciones estadísticamente significativas con alfa a .05 muestran que: Presentar contracción paradójica del puborrectal se encuentra relacionada con tener antecedente de abuso sexual ($r=.281^{**}$) y de abuso emocional ($r=.216^*$). Haber sido víctima de abuso sexual está relacionado con haber sido víctima de abuso emocional ($r=.342^{**}$), tener mayor ansiedad ($r=.277^{**}$), mayor depresión ($r=.194^*$) y más tendencia a la rumiación ($r=.231^*$). Presentar antecedente de abuso emocional está asociado con tener mayores niveles de ansiedad ($r=.265^{**}$) y bajos niveles de depresión ($r=-.200^*$). Tener altos niveles de ansiedad se asocia con presentar mayor rumiación ($r=.533^{**}$) y depresión ($r=.392^{**}$). Finalmente, mayor tendencia a la rumiación, se asocia con mayor nivel de depresión ($r=.491^{**}$).

Tabla 3
Correlaciones entre las variables de estudio

| | Anismo | Abuso sexual | Abuso emocional | Ansiedad | Rumiación | Depresión |
|-----------------|--------|--------------|-----------------|----------|-----------|-----------|
| Anismo | 1 | 0.281** | 0.216* | -0.025 | 0.091 | -0.009 |
| Abuso sexual | | 1 | 0.342** | 0.277** | 0.231* | 0.194* |
| Abuso emocional | | | 1 | 0.265** | 0.018 | -0.200* |
| Ansiedad | | | | 1 | 0.533** | 0.392** |
| Rumiación | | | | | 1 | 0.491** |

Nota: *La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Luego de valorar las correlaciones se evaluaron los supuestos para la aplicación del análisis de regresión, y se observó que todos se cumplieron a cabalidad, por lo que se procedió a realizar una regresión logística para la variable anismo (categórica) y dos regresiones lineales con el método “introducir”, para las variables endógenas (ansiedad, depresión y rumiación) que tienen nivel de medida de intervalo. Se tomó un nivel de significación de .05.

Contracción paradójica del puborrectal (anismo). El modelo incluye las variables abuso sexual, abuso emocional, rumiación, ansiedad y depresión (Tabla 4) y presenta un ajuste adecuado ($-2LL=133.034$; R^2 Cox y Snell=.121; R^2 Nagelkerke=.170; $p<.05$). Explica 12.1% de la varianza. La única variable que aporta a la predicción es el antecedente de abuso sexual, con una correlación positiva, baja y significativa ($r=.1445$; $p<.05$). Los resultados indican que las personas con antecedente de abuso sexual presentan contracción paradójica del puborrectal.

Tabla 4
Ajuste global del modelo y coeficientes de predicción para la contracción paradójica del puborrectal

| Resumen del modelo | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------|------|-------|--------|--------|
| Paso | -2 log de la verosimilitud | R^2 cuadrado de Cox y Snell | R^2 cuadrado de Nagelkerke | | | | | |
| 1 | 133.034 ^a | .121 | .170 | | | | | |
| Prueba de Hosmer y Lemeshow | | | | | | | | |
| Paso | Chi cuadrado | gl | Sig. | | | | | |
| 1 | 14.294 | 8 | .074 | | | | | |
| Variables en la ecuación | | | | | | | | |
| | B | ET | Wald | gl | Sig. | r | Exp(B) | |
| Paso 1 ^a | Abuso sexual | -1.538 | 0.681 | 5.095 | 1 | 0.024 | .1445 | 0.215 |
| | Abuso emocional | -0.901 | 0.500 | 3.249 | 1 | 0.071 | .0918 | 0.406 |
| | Rumiación | 0.084 | 0.062 | 1.846 | 1 | 0.174 | .0000 | 1.088 |
| | Depresión | -0.002 | 0.015 | 0.017 | 1 | 0.896 | .0000 | 0.998 |
| | Ansiedad | -0.053 | 0.028 | 3.741 | 1 | 0.053 | .1083 | 0.948 |
| | Constante | 2.579 | 1.262 | 4.173 | 1 | 0.041 | | 13.182 |

Nota: ^a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: abuso sexual, abuso emocional, rumiación, depresión, ansiedad.

Ansiedad. Existe una correlación múltiple moderada ($r=-.596$) con la combinación lineal de las variables incluidas en el modelo: rumiación, abuso sexual y abuso emocional (Tabla 5). El modelo explica un 33.8% de la varianza total ($F=20.903$ $gl=3$ $sig.<.001$). La variable que más aporta a la predicción es la rumiación, con una correlación positiva, moderada y significativa

($\beta=0.511$ $p<.05$), seguida por el abuso emocional, con una correlación positiva, baja y significativa ($\beta=0.228$ $p<.05$). El abuso sexual no tiene un efecto significativo en la predicción de la ansiedad. Los resultados indican que las personas que presentan mayor tendencia a la rumiación y antecedente de abuso emocional, presentan mayor ansiedad.

Tabla 5
Resumen del modelo y coeficientes B y β para la variable ansiedad.

| Resumen del modelo ^b | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------------|------------------------|-----------------------------|---------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación | Durbin-Watson |
| 1 | .596 ^a | .355 | .338 | 8.53779 | 1.893 |

Nota: ^a Variables predictoras: (constante), rumiación, abuso sexual, abuso emocional. ^b Variable dependiente: ansiedad .

| Coeficientes ^a | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------|--------------------------|-------|--------|------|
| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. | |
| | B | Error típ. | Beta | | | |
| 1 | (Constante) | 28.374 | 1.646 | | 17.236 | .000 |
| | Rumiación | 1.209 | 0.184 | 0.511 | 6.587 | .000 |
| | Abuso sexual | 2.534 | 2.586 | 0.081 | 0.980 | .329 |
| | Abuso emocional | 4.815 | 1.696 | 0.228 | 2.839 | .005 |

Nota: ^a Variable dependiente: Ansiedad.

Depresión. Existe una correlación múltiple moderada ($R=0,558$) con la combinación lineal de las variables incluidas en el modelo: rumiación, abuso sexual y abuso emocional (Tabla 6). El modelo explica un 29.4% de la varianza total ($F=17.225$ $gl=3$; $sig.=<.001$). La variable que más aporta a la predicción es la rumiación, con una correlación positiva, moderada y significativa ($\beta=0.454$; $p<.05$), seguida por el abuso emocional con una correlación negativa, baja y significativa ($\beta=-0.270$; $p<.05$) y por el abuso sexual con una correlación positiva, baja y significativa ($\beta=0.182$; $p<.05$). Los resultados indican que las personas que presentan mayor tendencia a la rumiación y antecedente de abuso sexual muestran mayor

depresión, mientras que las personas con antecedente de abuso emocional, presentan menor depresión.

Rumiación. Existe una correlación múltiple baja ($R=.240$) con la combinación lineal de las variables incluidas en el modelo: abuso sexual y abuso emocional (Tabla 7). El modelo explica un 4.1% de la varianza total ($F=3.522$; $gl=2$; $sig.=.033$). La variable que aporta a la predicción es el abuso sexual, con una correlación positiva, baja y significativa ($\beta=0.255$; $p<.05$). Los resultados indican que las personas con antecedente de abuso sexual presentan mayor tendencia a la rumiación.

Tabla 6
Resumen del modelo y coeficientes B y β para la variable depresión

| Resumen del modelo ^b | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------------|------------------------|-----------------------------|---------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación | Durbin-Watson |
| 1 | .558 ^a | .312 | .294 | 15.21615 | 1.895 |

Nota: ^a Variables predictoras: (constante), rumiación, abuso sexual, abuso emocional. ^b Variable dependiente: depresión.

| Coeficientes ^a | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|--------|------|
| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. | |
| | B | Error típ. | Beta | | | |
| 1 | (Constante) | 16.264 | 2.934 | | 5.544 | .000 |
| | Rumiación | 1.855 | 0.327 | 0.454 | 5.669 | .000 |
| | Abuso sexual | 9.830 | 4.609 | 0.182 | 2.133 | .035 |
| | Abuso emocional | -9.853 | 3.023 | -0.270 | -3.259 | .001 |

Nota: ^a Variable dependiente: depresión.

Tabla 7
Resumen del modelo y coeficientes B y β para la variable rumiación

| Resumen del modelo ^b | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------------|------------------------|-----------------------------|---------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación | Durbin-Watson |
| 1 | .240 ^a | .058 | .041 | 4.33653 | 2.018 |

Nota: ^a Variables predictoras: (constante), abuso emocional, abuso sexual. ^b Variable dependiente: rumiación.

| Coeficientes ^a | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|--------|------|
| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. | |
| | b | Error típ. | Beta | | | |
| 1 | (Constante) | 6.960 | 0.527 | | 13.201 | .000 |
| | Abuso sexual | 3.375 | 1.275 | 0.255 | 2.646 | .009 |
| | Abuso emocional | -0.617 | 0.860 | -0.069 | -0.718 | .474 |

Nota: ^a Variable dependiente: rumiación.

Luego de analizar los efectos directos de cada variable, se procedió a revisar los efectos indirectos. Es decir, el producto de los coeficientes en rutas indirectas entre las distintas variables de estudio. Se construye un diagrama de ruta que permite

ver los efectos indirectos de cada variable. En la Figura 2 se observa que a través de la rumiación, la variable abuso sexual influencia de manera baja y positiva a las variables ansiedad ($\beta=0.130$) y depresión ($\beta=0.115$).

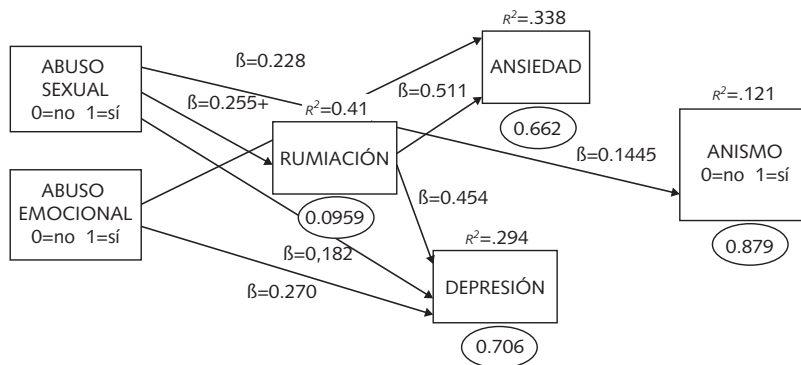


Figura 2. Diagrama de ruta resultante.

Discusión

La contracción paradójica del puborrectal es un trastorno frecuente en las personas que padecen problemáticas anorrectales tales como el síndrome de defecación obstruida, las fisuras anales, la incontinencia fecal y el dolor anal crónico (Chaparro et al., 2007; Faubion, Shuster, & Bharucha, 2012; Rhoads & García Aguilar, 2005). Su prevalencia no está claramente establecida en la literatura reciente, sin embargo, algunos autores (Navarro et al., 2015; Ramajo, 2017; Remes et al., 2011) señalan que suele estar entre un 12% y un 27% de los pacientes con trastornos anorrectales como el estreñimiento crónico, cuya prevalencia se encuentra entre el 12% y el 16% de la población adulta general.

En esta muestra particular se observó que la prevalencia de contracción paradójica del puborrectal fue moderada. En lo que refiere a la etiología de la contracción paradójica del puborrectal, aún no existe claridad, sin embargo, hay hallazgos que señalan que las personas con antecedentes de abuso sexual presentan un mayor riesgo de presentarla (Ehrenpreis, 2012) y que está relacionada con variables psicológicas tales como ansiedad y depresión (Bouchoucha et al., 2004; Lade & Umpierre, 2012).

Pese a la limitación del tamaño muestral de esta investigación, a partir de los hallazgos se pretende ofrecer un aporte al marco conceptual referido a la etiología de la contracción paradójica del puborrectal y, por consiguiente, a los algoritmos

de evaluación e intervención de esta patología. En primer lugar, los resultados indican que la presencia del antecedente de abuso sexual permite predecir la contracción paradójica del puborrectal. Esto coincide con lo que señalan algunos autores (Lam & Felt-Bersma, 2013; Rhoads & García-Aguilar, 2005; Solé et al., 2009) quienes apuntan a que este antecedente podría formar parte de la etiología de la contracción paradójica del puborrectal o, dicho de otra manera, que este trastorno es un indicador de que en la historia del paciente se encuentra una experiencia de abuso sexual.

Esta relación podría explicarse por la modificación de la plasticidad cerebral del eje corticotropo, asociado con la respuesta a los eventos estresantes —la experiencia de abuso, por ejemplo— así como con la regulación de la plasticidad neuronal en las regiones corticales relacionadas con la adaptación en el aspecto conductual, emocional y de memoria. Dicho eje se muestra alterado en las personas que han sido víctimas de violencia durante la infancia, como por ejemplo en mujeres víctimas de abuso sexual —quienes presentan disminución del córtex sensitivo-motor que tiene proyección genital—, así como en pacientes con fibromialgia (Guinot, Launois, Favre-Juvin, & Maindet-Dominici, 2015). Sin embargo, sería necesario evaluar a través de estudios especializados con instrumentos *ad hoc*, tales como tomografías, si los pacientes con estas características presentan tales modificaciones.

Geeraerts, et al. (2009) señalan que el antecedente de abuso en la infancia puede estar relacionado con la presencia de anormalidades del sistema nervioso central, tanto en el ámbito morfológico como funcional. Además, indican que existen diferencias entre las personas que han sido víctimas de abuso y las que no, en cuanto a las respuestas cerebrales ante la estimulación rectal, con activación de las zonas involucradas en el procesamiento de información afectiva y motivacional, así como diferencias en las estructuras y mecanismos cerebrales asociados con la respuesta de estrés. Estos hallazgos requieren ser explorados y confirmados en futuros estudios que involucren aspectos neurofisiológicos relacionados con la problemática.

Pereda (2010a) afirma que quienes han sido víctimas de abuso sexual pueden presentar en el momento inmediato al hecho consecuencias físicas tales como dermatitis, infecciones, lesiones en la zona agredida y fisuras anales por estreñimiento crónico. Sin embargo, en muchos casos, aún no habiendo penetración vaginal o anal, o tras un tiempo después del evento, se pueden observar tales problemas físicos y otros, como por ejemplo, dolores sin causa biológica justificada, fatiga crónica, trastornos cardiovasculares y ginecológicos. Los resultados de este estudio avalan tales afirmaciones, pues muestran que las personas que han sido víctimas de abuso sexual con o sin penetración —e independientemente del tiempo transcurrido entre el hecho y la evaluación médica—, tienden a padecer contracción paradójica del puborrectal.

Un aspecto que podría ser valioso verificar a futuro es si existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la presencia de antecedente de abuso sexual y el padecimiento del trastorno, pues las mujeres con antecedentes de abuso tienen mayor tendencia a presentar malestares físicos en comparación con los hombres (Pereda, 2010a). Igualmente, se podría estudiar la influencia del apoyo social, estrés y afrontamiento sobre la contracción paradójica del puborrectal en pacientes víctimas de abuso sexual, pues un mayor

apoyo social puede reducir los síntomas físicos y psicológicos en estos pacientes (de la Cruz, Peña, & Andreu, 2015; Pereda, 2010a).

En cuanto al abuso emocional, se encontró una frecuencia moderadamente alta en los pacientes con contracción paradójica del puborrectal y moderadamente baja en los que no la presentan. Este hallazgo es novedoso, pues en la literatura especializada se han reportado comorbilidades entre el trastorno y el abuso sexual y físico (Solé et al., 2009), sin embargo, no se ha estudiado el abuso emocional. Además, la mayor prevalencia de abuso emocional en comparación con el abuso sexual coincide con lo planteado por autores como Almendros et al., (2009) quienes indican que aunque este tipo de abuso ha sido menos estudiado que el abuso sexual y el físico, su prevalencia es mayor que en los otros tipos de abuso.

En cuanto al efecto directo del abuso emocional sobre la contracción paradójica del puborrectal, no se observó capacidad predictiva, pese a que el antecedente fue más frecuente en los pacientes con contracción paradójica del puborrectal y se encontró que la presencia del mismo está relacionada con padecer el diagnóstico, lo cual concuerda con lo planteado por autores que reportan alta prevalencia y asociación entre distintas formas de abuso y patología anorrectal (Geeraerts, et al., 2009; Solé et al., 2009).

En cuanto a los factores psicológicos implicados con la contracción paradójica del puborrectal se encuentran la ansiedad y la depresión, las cuales a su vez están estrechamente relacionadas con variables psicológicas tales como la rumiación, que se afirma puede ser un antecedente de dichos trastornos (Muris et al., 2005). En esta muestra se encontró que los niveles de rumiación, ansiedad y depresión en los pacientes con contracción paradójica del puborrectal son bajos. Sin embargo, observar que los pacientes que presentan tales trastornos coincide con lo planteado por otros autores (Beck, Roberts, Rombeau, Stamos, & Wexner, 2009; Rhoads & García-Aguilar, 2005; Varma & Gurland, 2011). Así mismo, se encontró

que mayor ansiedad está relacionada con mayor depresión, tal como lo plantean Páez, Jofré, Azpiroz y de Bortoli (2008).

En lo que se refiere al efecto directo del antecedente de abuso sexual sobre la ansiedad, depresión y rumiación, los hallazgos muestran que quienes han sido víctimas de abuso sexual tienen una mayor tendencia a presentar depresión, lo cual coincide con lo planteado por Cantón-Cortés y Cortés (2015), quienes señalan que este es uno de los síntomas que con mayor frecuencia presentan las personas que han sido víctimas de abuso sexual. García-López, Irurtia, Caballo y Díaz-Castela (2011) señalan que la víctima de abuso sexual puede experimentar sentimientos de culpa y baja autoestima que pueden derivar en depresión o formar parte de los síntomas depresivos (Sarasúa, Zubizarreta, de Corral, & Echeburúa, 2013). Así mismo, Kokoulina y Fernández (2014) plantean que las víctimas de abuso sexual presentan mayor riesgo de suicidio, el cual está asociado con los síntomas depresivos, por lo que es pertinente explorar la prevalencia de ideación suicida en estos pacientes.

Un hallazgo novedoso es que las personas con antecedente de abuso sexual tienen una mayor tendencia a presentar rumiación. Aunque distintos estudios (Pereda, 2010b; Pérez-González & Pereda, 2015; Quintero & Andrade, 2011) han destacado el impacto emocional de la historia de abuso sexual, no se ha evaluado su relación con la rumiación, la cual es definida como la tendencia a repetir pensamientos estresantes del pasado y a preocuparse por eventos del futuro. Sin embargo, se ha encontrado que las víctimas de abuso sexual tienden a padecer vergüenza, autoinculpación e inculpación a la familia (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia, & Cortés, 2011; García, 2014), lo que posiblemente está relacionado con las rumiaciones acerca de la situación negativa experimentada y la atribución a un responsable del hecho.

Sarasúa et al. (2013), señalan que las víctimas de abuso sexual presentan una mayor tendencia a tener sentimientos de culpa, minusvalía y baja autoestima, por lo que sería importante evaluar

el tipo de rumiaciones que presenta la persona, si dichas rumiaciones tienden a ser más acerca del menosprecio propio, la culpabilización por los eventos presentes o el deseo de morir, como lo indican Kokoulina & Fernández (2014). En este sentido, cabe señalar que sería valioso evaluar el locus de control de los pacientes con estos antecedentes de abuso sexual, pues tal como señala García (2014), la autoinculpación y la inculpación a otros están relacionadas con la ubicación de la responsabilidad de las situaciones (interna, externa por otros o por el azar).

En cuanto a la ansiedad, los hallazgos de esta investigación difieren de lo que expresan autores como López-Soler et al. (2012), respecto a que este trastorno es una de las consecuencias de haber sido víctima de abuso sexual. De hecho, en este estudio se halló correlación positiva entre ambas variables, mas no se confirmó que el abuso sexual sea un predictor de ansiedad. Dicha relación podría estar asociada con que, al haber sido víctima de abuso, la persona puede presentar posteriormente una percepción de mayor riesgo de vulnerabilidad en su entorno (Sarasúa et al., 2013).

Sería valioso analizar de manera específica la relación entre el antecedente de abuso sexual y trastornos de ansiedad específicos, pues se ha demostrado que quienes presentan tal antecedente presentan mayor ansiedad social (Sarasúa et al., 2013). Así mismo, sería conveniente analizar si el evento fue agresión sexual o abuso sexual, pues como indica García (2014), hay mayor tendencia a presentar estrés postraumático —el cual está clasificado como trastorno de ansiedad—, mientras que si se ha sido víctima de abuso sexual hay mayor tendencia a la vergüenza, la cual se asocia con rumiación y depresión.

Por otra parte, estos resultados evidencian que existe un efecto indirecto del antecedente de abuso sexual sobre la depresión a través de la rumiación, es decir que las personas con antecedente de abuso sexual y mayor tendencia a la rumiación, presentan mayor depresión. Esto es consecuente con lo que se ha planeado antes sobre la relación

entre abuso sexual y rumiación. Por otra parte, está demostrado que la rumiación puede constituir un antecedente de la depresión (Robinson & Alloy, 2003) y los resultados de esta investigación indican que la rumiación es una variable mediadora de la relación entre antecedente de abuso sexual y depresión.

Aunque no se encontró un efecto directo del abuso sexual sobre la ansiedad, los resultados indican que existe un efecto indirecto del antecedente de abuso sexual sobre la ansiedad a través de la rumiación, lo cual es coherente con lo planteado por Ruscio et al. (2015), quienes señalan que la rumiación puede predecir trastornos de ansiedad. En este caso particular, se demostró que la rumiación es una variable mediadora de la relación entre el antecedente de abuso emocional y la ansiedad.

Cabe señalar que se ha estudiado cómo las estrategias de afrontamiento de autodistracción reducen la probabilidad de presentar depresión y ansiedad en personas que han sido víctimas de abuso (de la Cruz, et al., 2015), por lo que sería valioso analizar en próximos estudios la influencia de las estrategias de afrontamiento sobre la depresión y la ansiedad de estos pacientes. Así mismo, se han encontrado diferencias de género en cuanto a las consecuencias psicológicas del abuso, es decir, que las mujeres tienden a exhibir altos niveles de ansiedad y depresión mientras que los hombres presentan más abuso de sustancias, agresividad e intentos de suicidio (Cantón-Cortés & Cortés, 2015), por lo que sería recomendable analizar estas diferencias en estudios posteriores, así como su relación con la contracción paradójica del puborrectal.

En esta muestra se observó que las personas con antecedente de abuso emocional presentan menor depresión. Estos hallazgos contradicen lo indicado en la literatura consultada, lo cual puede estar asociado con que el abuso emocional suele ser recurrente y prolongado en el tiempo, por lo que las víctimas podrían ser más resistentes al impacto de estas experiencias. Se ha estudiado cómo las

personas sometidas a situaciones adversas durante largos periodos de tiempo tienden a desarrollar resiliencia —la cual les permite recuperarse y fortalecerse ante la situación— y que esta característica es opuesta a la depresión (Acinas, 2014). En este sentido, sería pertinente evaluar la resiliencia de estas personas para determinar si constituye una variable protectora ante los síntomas depresivos en esta población.

Por otra parte, los estudios acerca del impacto del abuso emocional han empleado instrumentos de evaluación que tienen un énfasis en el aspecto cognitivo de la depresión, mientras que el instrumento empleado en este caso evalúa además aspectos motores y fisiológicos, los cuales podrían no ser impactados de manera importante por el abuso emocional. En este sentido, López-Soler et al. (2012) plantean que las víctimas de abuso emocional presentan baja autoestima y culpa, las cuales son de naturaleza cognitiva; por ende, sería pertinente evaluar si existen diferencias entre las distintas dimensiones de la depresión en relación con el abuso emocional.

Por otra parte, el antecedente de abuso emocional permite predecir la ansiedad, lo cual es acorde con lo planteado por García-López et al. (2011), quienes indican que la ansiedad es uno de los síntomas predominantes cuando una persona ha sido víctima de abuso psicológico. Esta relación puede estar asociada con el hecho de que quien ha estado expuesto a este tipo de abuso suele estar en constante espera de que puede volver a ocurrir, percibiendo, en general, alta vulnerabilidad ante su entorno (Hernández, Magro, & Cuéllar, 2014).

En cuanto al efecto del abuso emocional en la rumiación, se observó que en esta muestra particular no existe tal efecto, lo que podría explicarse porque el abuso emocional tiende a prolongarse en el tiempo (Hernández et al., 2014) y esa exposición constante al estímulo propiciaría la percepción de vulnerabilidad ante la situación de abuso, lo que no implica necesariamente una repetición constante de cogniciones relacionadas con el hecho.

Por otra parte, estos hallazgos indican que, considerando esta muestra específica, la rumiación, ansiedad y depresión no permiten predecir la contracción paradójica del puborrectal, por lo tanto, no se confirma la hipótesis que se planteó respecto a la existencia de una relación entre altos niveles de ansiedad y depresión con la contracción paradójica del puborrectal (Pescatori et al., 2007; Prolungatti et al., 2008; Rhoads & García-Aguilar, 2005) y por otra parte de la relación directa entre estos trastornos psicológicos y la rumiación (Ruscio et al., 2015).

El poder predictivo del antecedente de abuso sexual en la contracción paradójica del puborrectal es de gran importancia para la planificación de los algoritmos de evaluación e intervención de este trastorno, en concordancia con el subcomité de aspectos psicosociales de los trastornos funcionales gastrointestinales de Roma III, que sugiere la evaluación de estos aspectos en relación con los distintos trastornos gastrointestinales, incluidos los trastornos anorrectales (Creed et al., 2010).

Los hallazgos de este estudio sugieren que simultáneamente con la evaluación médica, debe realizarse una evaluación psicológica que permita establecer el impacto de haber sido expuesto a un evento estresante importante —como el abuso sexual y emocional— sobre la salud mental de los pacientes. Para esto, es menester contar con equipos multidisciplinarios que aborden esta patología de manera holística, para lograr una mayor respuesta a los tratamientos farmacológicos aplicados para tratar esta problemática, buscando promover y fortalecer la salud del paciente incrementando su calidad de vida (Montero, 2012).

En síntesis, los hallazgos de este estudio pretenden constituir una contribución para la comprensión de los aspectos psicosociales relacionados con la contracción paradójica del puborrectal, observándose que, considerando esta muestra de pacientes, el abuso sexual es un predictor de la presencia del trastorno. Esto tiene repercusiones, tanto en el aspecto teórico como aplicado, pues ofrece información acerca de algunos de los factores

psicológicos y antecedentes personales relacionados con esta patología, cuya exploración se sugiere que sea incluida en los algoritmos de evaluación, así como en los programas de intervención dirigidos a la reducción de síntomas y a la optimización de la calidad de vida de los pacientes, con la finalidad de garantizarles una recuperación más inmediata y permanente de su salud.

Limitaciones

Durante el desarrollo de este estudio, se presentaron algunas situaciones que podrían haber afectado los resultados obtenidos, pues influyeron en que solo se alcanzara el tamaño muestral mínimo indispensable para la realización de los análisis estadísticos aplicados, aun considerando que la prevalencia de este trastorno en la población general y específicamente en los pacientes con trastornos anorrectales es moderadamente baja. En primer lugar, el tipo de variable a evaluar, antecedente de abuso sexual y depresión, aunada a la heterogeneidad del nivel de instrucción de los pacientes, hizo necesaria la aplicación de los instrumentos a manera de entrevista individual. Esto incidió en la pérdida de oportunidad de entrevistar a algunos pacientes que, si bien asistían a centros ubicados en Caracas, vivían en otros estados de Venezuela o en zonas lejanas a los centros de salud, por lo cual no podían esperar su turno para la aplicación, ni podían ser entrevistados en una ocasión posterior, debido al tiempo entre citas —que oscilaba entre los 6 y 12 meses y no necesariamente coincidía con el horario pautado para la aplicación de los instrumentos—. Por otra parte, la captación de la muestra se vio obstaculizada porque no todos los pacientes con trastornos anorrectales contaban con los estudios que permitieran determinar si presentaban o no la contracción paradójica del puborrectal, indicador fundamental para poder ser participante de la investigación. Finalmente, otro factor que influyó negativamente en el tamaño muestral fue que algunos profesionales de la salud mostraron poco conocimiento e interés en lo que se refiere a los aspectos psicológicos relacionados

con la salud y la enfermedad, de modo que no manifestaron disposición para informar a los pacientes acerca de la pertinencia de participar en la investigación y por ello algunas personas se rehusaron a hacerlo.

Referencias

- Acinas, M. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 2, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.05.003>.
- Ali, A., Toner, B., Stuckless, N., Gallop, R., Diamant, N., Gould, M., & Vidinis, E. (2000). Emotional abuse, self-blame and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62, 76-82. <https://doi.org/10.1097/00006842-200001000-00011>.
- Almendros, C., Gámez-Guadix, M., Carrolles, J., Rodríguez-Carballeira, A., & Porrúa, C. (2009). Abuso psicológico en la pareja: aportaciones recientes, concepto y medición. *Behavioral psychology*, 17, 433-451.
- Beck, D., Roberts, P., Rombeau, J., Stamos, M., & Wexner, S. (2009). *The ASCRS manual of colon and rectal surgery*. Nueva York, EUA: Springer.
- Bharucha, A., & Wald, A. (2010). Trastornos anorrectales. *Revista de Gastroenterología de México*, 75, 497-507.
- Bouchoucha, M., Devroede, G., & Arzac, M. (2004). Anismus: A marker of multi-site functional disorders? *International Journal of Colorectal Disease*, 19, 374-379. <https://doi.org/10.1007/s00384-003-0574-0>.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23, 66-73.
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31, 552-561. <http://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>.
- Cardozo, I., Guarino, L., & Rondón, J. (2016). Validación del Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) en población venezolana con enfermedades crónicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 191-200. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17812>.
- Chaparro, M., González, L., Moreno-Otero, R., & Santander, C. (2007). Trastornos anorrectales funcionales: presentación de un caso y puesta al día. *Revista de la Asociación Castellana de Aparato Digestivo*, 23, 27-30.
- Creed, F., Levy, R., Bradley, L., Drossman, D., Francisconi, C., Naliboff, B., et al (2010). Apéndice A: Cuestionario de alerta psicosocial para los trastornos funcionales digestivos [Versión electrónica]. *Revista de Gastroenterología de México*, 75, 508-510.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalogue of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- De la Cruz, M., Peña, M., & Andreu, J. (2015). Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. *Clínica y Salud*, 1, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.12.001>.
- Del Popolo, F., Cioli, V., Plevi, T., & Pescatori, M. (2014). Psycho-echo-biofeedback: A novel treatment for anismus – results of a prospective controlled study. *Techniques Coloproctology*, 18, 895-900. <https://doi.org/10.1007/s10151-014-1154-8>.
- Díaz-Guerrero, R., & Spielberger, C. (1975). *IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual e instructivo*. Ciudad de México, México: Manual Moderno.
- Ehrenpreis, E. (2012). Benign Anorectal Disorders. En E. Ehrenpreis, S. Avital, & M. Singer (Eds.). *Anal and rectal diseases* (pp. 53-111). Nueva York, EUA: Springer.
- Ellis, C., & Essani, R. (2012). Treatment of obstructed defecation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 25, 24-33. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1301756>.
- Faubion, S., Shuster, L., & Bharucha, A. (2012). Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 87, 187-193. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2011.09.004>.
- García, J. (2014). Culpa, reparación y perdón: implicaciones clínicas y terapéuticas. *Revista de Psicoterapia*, 25, 135-164.
- García-López, L., Irurtia, M., Caballo, V., & Díaz-Castela, M. (2011). Ansiedad social y abuso psicológico. *Psicología conductual*, 19, 223-236.
- Geeraerts, B., Oudenhove, L., Fischelr, B., Vandenberghe, J., Caenepeel, P., Janssens, J., & Tack, J. (2009). Influence

- of abuse history on gastric sensorimotor function in functional dyspepsia. *Neurogastroenterology & Motility*, 21, 33-41. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2008.01178.x>.
- Gros, D., Anthony, M., McCabe, R., & Swinson, R. (2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of anxiety disorders*, 23, 290-296. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.08.004>.
- Guarino, L. (2011). Adaptación y validación de la versión hispana del cuestionario de estilo emocional. *Universitas Psychologica*, 10, 197-210.
- Guarino, L., & Roger, D. (2005). Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema*, 17, 3, 465-470.
- Guinot, M., Launois, S., Favre-Juvin, A., & Maindet-Dominici, C. (2015). Fibromialgia: fisiopatología y apoyo terapéutico. *EMC – Kinesiterpia – Medicina Física*, 36, 1-12. [https://doi.org/10.1016/S1293-2965\(15\)70760-7](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(15)70760-7).
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2008). *Análisis multivariante*. (5^{ta} Ed.). Madrid, España: Prentice Hall.
- Hernández, C., Magro, V., & Cuéllar, J. (2014). El maltrato psicológico. Consecuencias y criterios jurisprudenciales, el problema probatorio. *Aequitas*, 3, 27-53.
- Imhoff, L., Liwanag, L., & Varma, M. (2012). Exacerbation of symptom severity of pelvic floor disorders in women who report a history of sexual abuse. *Archives of surgery*, 147, 1123-1129. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2012.1144>.
- Jiménez, G., & Miguel-Tobal, J. (2003). El Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD): un nuevo instrumento para medir la tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 9, 17-34.
- Jovanović, I., Jovanović, D., Uglješić, M., Milinić, N., Cvetković, M., Branković, M., & Nikolić, G. (2015). Anismus as cause of functional constipation: Experience from Serbia. *Vojnosanitetski pregled*, 72, 9-11. <https://doi.org/10.2298/VSP1501009J>.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. Ciudad de México, México: Mc Graw Hill.
- Kokoulina, E., & Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, 93-103. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13060>.
- Lade, B., & Umpierre, V. (2012). Manejo del paciente con constipación. *Archivos de Medicina interna*, 34, 67-78.
- Lam, T., & Felt-Bersma, R. (2013). Clinical examination remains more important than anorectal function tests to identify treatable conditions in women with constipation. *Intervention Urogynecological*, 24, 67-72. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1796-x>.
- Lastra, C., Moreno, Z., Prieto, P., & Sardiñas, C. (2010). Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales. *Psicología*, XXIX, 99-119.
- Leung, L., Riutta, T., Kotecha, J., & Rosser, W. (2011). Chronic constipation: An evidence-based review. *Journal of the American board of family medicine*, 24, 436-451. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.04.100272>.
- López-Soler, C., Fernández, M., Prieto, M., Alcántara, M., Castro, M., & López-Piña, J. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28, 780-788. <http://doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>.
- Montero, M. (2012). Construcción psicosocial del concepto de salud: de la ética a la práctica. *Consciencia y Diálogo*, 3, 137-147.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1105-1111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04.005>.
- Navarro, M., Llanos, C., García, E., Moreno, L., Flores, M., Chávez, K., & López-Torres, J. (2015). Frecuencia de estreñimiento en pacientes de atención primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8, 4-10. <http://doi.org/10.4321/S1699-695X2015000100002>.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 504-511. <https://doi.org/10.1037/10021-843X.109.3.504>.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., & De Bortoli, M. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas psychologica*, 8, 117-124. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842013000500080>.

- Pereda, N. (2010a). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12, 273-285.
- Pereda, N. (2010b). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31, 191-201.
- Pérez-González, A., & Pereda, N. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación suicida y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas de Especialidades Psiquiátricas*, 43, 149-158. <https://doi.org/10.1080/00223980109603677>
- Pescatori, M., Spyrou, M., & Pulvirenti d'Urso, A. (2007). A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'. *Colorectal Disease*, 9, 452-456. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2006.01094.x>.
- Podzemny, V., Pescatori, L., & Pescatori, M. (2015). Management of obstructed defecation. *World Journal of Gastroenterology*, 21, 1053-1060. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i4.1053>
- Prolungatti, M., Artur, W., Caram, H., Ortiz, J., Bin, Ch., & Capelhuchnik, P. (2008). Alterações das pressões anais em pacientes constipados por defecação obstruída. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 28, 402-408. <http://doi.org/10.1590/S0101-98802008000400001>.
- Quintero, Y., & Andrade, P. (2011). Evaluación de un programa de intervención terapéutica en mujeres que han vivido abuso sexual infantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14, 49-71.
- Ramajo, J. (2017). *Patología funcional del ano: dolor anal de etiología no filiada, anismo y contracción paradójica del esfínter anal* (Trabajo de grado no publicada). Universidad de Valladolid, España.
- Remes, J., Remes, J., Tamayo, J., Raña, R., Huerta, F., Suárez, E., & Schmulson, M. (2011). Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. A. Epidemiología (meta-análisis de prevalencia), fisiopatología y clasificación. *Revista de Gastroenterología de México*, 2, 126-132. <http://doi.org/10.1055/s-2008-1072221>.
- Rhoads, K., & García-Aguilar, J. (2005). Anismus. En S. Wexner, A. P. Zbar, & M. Percatori (Eds.), *Complex anorectal disorders. Investigation and management* (pp. 461-493). Londres, Inglaterra: Springer.
- Robinson, M., & Alloy, L. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 275-291. <https://doi.org/10.1023/A:1023914416469>.
- Roger, D., de la Banda, G., Lee, H., & Olason, D. (2001). A factor-analytic study of cross-cultural differences in emotional rumination and emotional inhibition. *Personality and Individual Differences*, 31, 227-238. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00131-8](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00131-8).
- Roger, D., & Najarian, B. (1998). The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress. *Personality and Individual Differences*, 24, 531-538. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00204-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00204-3).
- Ruscio, A., Gentes, E., Jones, J., Hallion, L., Coleman, E., & Swendsen, J. (2015). Rumination predicts heightened responding to stressful life events in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 17-26. <https://doi.org/10.1037/abn0000025>.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., de Corral, & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29, 29-37. <http://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>.
- Sierra, J., Paz, M., Buela-Casal, G. & Monge, F. (2014). Variables asociadas a la experiencia de abuso en la pareja y su denuncia en una muestra de mujeres. *Universitas Psychologica*, 13, 37-46. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vaea>.
- Simón, M., & Bueno, A. (2009). Behavioural treatment of the dyssynergic defecation in chronically constipated elderly patients: A randomized controlled trial. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34, 273-277. <https://doi.org/10.1007/s10484-009-9100-7>.
- Solé, L., Bolino, M., Lueso, M., Caro, L., Cerisoli, C., Castiglia, N., & Bassotti, G. (2009). Prevalence of sexual and physical abuse in patients with obstructed defecation: Impact on biofeedback treatment. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101, 464-467. <https://doi.org/1130-0108/2009/101/7/464-467>.
- Téllez, A., Juárez-García, D., Jaime-Bernal, L. & García-Cadena, C. (2015) Prevalencia de trastornos de

- sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. *Revista colombiana de psicología*, 25, 95-106. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.47859>
- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández-Quero, J., & Buéla-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28, 40-49.
- Varma, M., & Gurland, H. (2011). Constipation and functional bowel disorders. En D. Beck (Ed.), *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery* (pp. 535-548). Nueva York, EUA: Springer.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depresión – a replication and extensión. *Personality and Individual Differences*, 39, 73-82. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.006>.
- Zoccola, P., Dickerson, S., & Zaldivar, F. (2008). Rumination and cortisol responses to laboratory stressors. *Psychosomatic Medicine*. 70, 661-667 <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31817bbc77>.