

Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales

Cineret Lastra¹, Zoila Moreno¹, Purificacion Prieto¹ y Carlos Sardiñas²

cine.lastra@gmail.com

carioswa@hotmail.com

pmprieto@gmail.com

carlosardiñas@yahoo.es

¹Escuela de Psicología- Universidad Central de Venezuela

²Unidad de Coloproctología, Hospital Universitario de Caracas.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales, fundamentándose en los Modelos del Análisis Conductual y de la Salud Biológica de Ribes (1990). Es de tipo no experimental, transeccional correlacional, de campo, se exploraron los repertorios conductuales de 30 pacientes, con alteraciones anorrectales y de 20 personas, sin alteraciones anorrectales, empleando para ello la *Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales Versión ABC (Adaptación Briceño-Contreras 2006)*. Al comparar los repertorios explorados en la Guía en ambos grupos, se encontraron diferencias significativas en las características de los hábitos de eliminación. Los resultados sugieren que estos comportamientos pueden estar relacionados con el inicio y mantenimiento de las alteraciones anorrectales.

Palabras clave: Alteraciones anorrectales, Repertorios conductuales, Estilos interactivos, Competencias funcionales.

Relationship between the behavioral repertoires and the anorectal alterations

Abstract

This investigation analyzed the relationship between the behavioral repertoire and the anorectal alteration based on the Behavioral Analysis Model and Biological Health Model of Ribes (1990). It is a non experimental, transactional, correlational and field study. The behavioral repertoires of 30 patients with anorectal alterations and 20 without anorectal alterations were examined using the interview guide for the Behavioral Analysis in Anorectal Alteration ABC (Adaptation Briceño – Contreras 2006) After comparing the repertoires of both groups we found meaningful differences in the characteristics of the elimination habits. The results suggest that the behaviors can be related to the beginning and maintenance of anorectal alterations.

Key words: anorectal alterations, behavioral repertoires, interactive styles, functional competences

El estudio de los trastornos anorrectales con miras a establecer programas de prevención y tratamiento en el contexto de la medicina pone en evidencia las dificultades que se presentan al momento de establecer una causa preponderante que justifique su aparición y la necesidad de evitar su reaparición, una vez que son tratados de manera exitosa. En la mayoría de las ocasiones, las propuestas de intervención están dirigidas a dos aspectos fundamentales, por un lado al control y el tratamiento puntual del síntoma físico, por el otro a un nivel más funcional, se orientan a la caracterización de la estructura de los hábitos de alimentación y eliminación que exhibe el sujeto, empleando para ello la descripción verbal que éste hace de los mismos y proponiendo sugerencias para su modificación sobre la base de criterios sociales estándares que carecen de verificación empírica, por ejemplo el número de veces diarias que se debe evacuar, que alimentos son los más recomendados para facilitar la evacuación, maniobras físicas al momento de la misma, comparación del acto de evacuar con el de otros miembros de la familia, entre otros.

Se pretende solventar una situación que requiere de la participación de un equipo de salud, con el abordaje desde la medicina responsable de resolver los aspectos propios de su campo, se incluye de manera segmentada el aporte de la psicología, la psiquiatría, la fisioterapia, la nutrición y no se aprovecha a su principal componente el paciente mismo, como la fuente principal de información.

Siguiendo el planteamiento anterior, una de las dificultades a despejar es la necesidad de dar preponderancia a un tipo de componente sobre otro, hasta donde se debe privilegiar el componente anatómico sobre la función de la estructura cuando se hace referencia a los trastornos anorrectales. La mayoría de las veces, por tratarse de cuadros con una sintomatología física perfectamente evidente y atribuible a fallas estructurales del organismo pareciera que solo es competencia de la Medicina y más concretamente de la Proctología, el hecho de resolver los problemas estructurales debiese permitir la solución total del problema y garantizar una mejor calidad de vida, sin embargo, por otro lado, la presencia de factores psicológicos pone en evidencia la necesidad de contemplar además de las estructuras, las funciones y no solo de los componentes orgánicos asociados, sino de otras variables pertenecientes al contexto de la mirada macro del individuo, como es el caso de la presencia de hábitos comportamentales inadecuados o la asociación con factores emocionales o estilos de comportamiento, aquí se comienza a dar preponderancia a la Psicología; uno de los primeros

escayos a vencer es la frontera disciplinar, para ello es importante que se proponga una denominación propia al área y que se insista en la necesidad del planteamiento de un modelo de abordaje igualmente propio a futuro.

En nuestro país, más específicamente en la interacción entre la Proctología y la Psicología como campos disciplinares, desde el año 2004 se han venido desarrollando una serie de trabajos cuyo objetivo fundamental es la construcción de una línea de investigación que permita la generación de la espiral holística (término acuñado por Barrera, 2003) que conduzca a culminar con la propuesta de un modelo explicativo que permita el esclarecimiento no solo de la aparición de los trastornos anorrectales sino también que pueda contextualizar la prevalencia de los aspectos psicológicos en los mismos y que contribuya en definitiva con la generación de una propuesta de intervención eficaz.

Cronológicamente, Moreno y Ochoa en el año 2005, investigaron el incremento considerable de la recidiva (Morales, 1999) en los trastornos anorrectales a pesar de la efectividad de los procedimientos quirúrgicos como abordaje terapéutico único en el tratamiento de los mismos. Destacaron que era notable la ausencia de una explicación clínica consistente de la misma por parte de los especialistas en el área de la Proctología, señalando que el énfasis era en la corrección anatómica. Las autoras propusieron ampliar la visión del problema incorporando los factores psicológicos como eventos disposicionales o coadyuvantes, lo que quizás explicaría la persistencia de la problemática a mediano plazo en algunos casos, disminuyendo por lo tanto las posibilidades de una cura definitiva del problema. Como hasta ese momento los trabajos científicos publicados no describían un estudio sistemático de la incidencia de los aspectos psicológicos, emplearon la visión funcional del análisis conductual como modelo en un estudio exploratorio que incluyó entre sus actividades el diseño de instrumentos de recolección de información, tales como guías de entrevista, registros específicos de dimensiones conductuales vinculadas con los hábitos de alimentación y de eliminación, además de proponer una selección de los procedimientos terapéuticos derivados de los principios del aprendizaje cuyo fin era instaurar y mantener comportamientos apropiados en el individuo con el fin de disminuir la posibilidad de las recidivas.

El diseño de la Guía de Entrevista debía permitir identificar y caracterizar una unidad de análisis y una unidad de medida, sobre la base de aquellas dimensiones conductuales derivadas de la identificación de las áreas que

constituían los factores psicológicos vinculados a la problemática anorrectal; la Guía de Entrevista resultante fue validada entre profesionales del área de la Proctología y de la Psicología en lo referente a sus características de construcción y a nivel empírico con un grupo de pacientes que asistían a la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Por otra parte, ya en la fase experimental, una vez aplicada la Guía de Entrevista a un grupo de pacientes, emplearon un programa estadístico como complemento al análisis clínico de los datos. Entre los resultados pudieron observar que las distintas áreas (social, emocional, laboral, entre otras) del individuo interactuaban entre sí, y concluyeron que el aspecto emocional es el componente con mayor incidencia en el desarrollo de las demás áreas así como en la manifestación y recurrencia de las patologías anorrectales. La conclusión principal del estudio apuntaba a destacar la presencia de patrones conductuales específicos en los pacientes que presentaban la recidiva de las patologías anorrectales.

En el año 2006, Briceño y Contreras se propusieron describir específicamente los patrones conductuales de las personas que presentaban alteraciones anorrectales, empleando una versión modificada de la Guía de Entrevista elaborada por Moreno y Ochoa (2005), la denominaron Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales Versión ABC (Adaptación Briceño- Contreras 2006). Los resultados apuntaron a que en el área laboral un 40% de la muestra estudiada estaba desempleada y del total de desempleados el 48% relacionaba la condición de desempleo con la enfermedad. En cuanto al área sexual, el 39% señaló que había disminuido su actividad sexual a causa de la enfermedad bien por dolor o por temor lesionarse más y si habían sido tratados quirúrgicamente, para evitar comprometer el tratamiento.

En cuanto a los hábitos de eliminación encontraron que, la mayoría presentaban comportamientos de riesgo, como los califican Sardiñas (2002) y Morgado (1997), tales como la realización de mucho esfuerzo al momento de evacuar (pujar), permanecer mucho tiempo con el esfínter relajado realizando una actividad adicional a la defecación (leer, hablar por teléfono mientras usaban el sanitario), no atender el primer impulso postergando la evacuación, reportaban verbalmente sensación de “evacuación incompleta” lo que se traducía en insistencia por vaciar recto de toda la materia fecal con maniobras como pujar o utilizando los dedos. Otro dato importante, era que sus hábitos alimentarios se caracterizaban por un bajo consumo de líquido durante el día y un bajo consumo de fibra dietética, además, durante la

ingesta se evidenciaba una ingesta rápida de los alimentos y la combinación con la realización de otras actividades adicionales al momento de comer (leer, conversar sobre asuntos del trabajo, ver televisión).

En la exploración de los aspectos emocionales destacaron la intranquilidad ante diversas situaciones (disputas familiares, problemas económicos, síntomas de la enfermedad), cambios emocionales antes y a partir de la enfermedad (sensibilidad, irritabilidad, tristeza e intranquilidad), comprometiendo el área social en la que se reflejaba un temor frecuente a ser evaluado negativamente, alta tensión ante situaciones sociales y la evitación social. Las autoras concluían que se evidenciaba un fuerte componente ansiógeno y que algunos de los comportamientos encontrados tales como temor a ser evaluado negativamente, tensión y evitación social, ansiedad, depresión e irritabilidad se correspondían parcialmente con los que Pribe (1982, c.p. Mainieri, 1999) agrupaba en lo que denominó patrón de conducta tipo C, destacaban además la importancia de la intervención desde la medicina conductual en las alteraciones anorrectales y la clara influencia de los patrones conductuales de las personas con trastornos anorrectales tanto en la adquisición como en el mantenimiento de la enfermedad.

A diferencia de los estudios anteriores, la propuesta en la presente investigación, se orientó a indagar la correlación entre los patrones comportamentales y las alteraciones anorrectales, específicamente en las siguientes patologías hemorroides, fisura anal y absceso fistuloso, incluyendo para ello un grupo de comparación en el estudio conformado por individuos que no presentaban trastornos anorrectales. Para ello, fue necesario identificar y describir los repertorios de cada grupo mediante la Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales Versión ABC-adaptación Briceño- Contreras 2006 (Versión ABC- 2006).

Adicionalmente, se compararon los resultados obtenidos con elementos del Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes (1990), en el cual se especifican los factores conductuales pertinentes a la salud-enfermedad y se argumenta que el inicio de una enfermedad, así como su prevención, curación y rehabilitación, implica la participación de un individuo actuando. Esto con el objetivo de conocer si el inicio y mantenimiento de estas patologías anorrectales podían ser explicadas bajo este modelo. Ribes (1990) plantea que existen procesos psicológicos entre los que se incluyen la historia interactiva del individuo, las competencias funcionales presentes

y la modulación de los estados biológicos por parte de las contingencias ambientales, que según las características funcionales del comportamiento, tendrán como resultado la vulnerabilidad biológica, y a su vez afectarán la emisión de conductas preventivas y/o de riesgo asociadas a una patología biológica.

MÉTODO

La investigación desarrollada no fue experimental, se le pudiese calificar como transeccional correlacional, de campo. Es no experimental, debido a que no se tuvo control directo sobre la variable predictora, ni se crearon condiciones artificiales para estudiarlas, porque esta y sus efectos ya habían ocurrido (Kerlinger y Lee, 2002). Por otra parte, es transeccional correlacional porque se describen “relaciones entre dos o más variables en un momento determinado...sin precisar...causalidad...” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, pp. 194-195). Además, se considera una investigación de campo, pues “sistemáticamente busca relaciones entre variables” en una situación de la vida real, es decir, en el ambiente específico en el que ocurrió (institución de salud) (Kerlinger y Lee, 2002, p. 286).

Esta investigación se llevó a cabo en dos fases, las cuales serán descritas a continuación:

FASE I. VALIDACIÓN EMPÍRICA

Se realizó una prueba piloto para evaluar la guía de entrevista, en lo referente al tiempo de aplicación, presentación y comprensión de los ítems. La misma se llevó a cabo en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC-HUC), ubicado en la Ciudad Universitaria, Región Capital, con cinco pacientes, de sexo femenino y masculino que presentaban alteraciones anorrectales. Para ello se empleó la “Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales. Adaptación Briceño- Contreras 2006” (Versión ABC- 2006).

En esta fase las investigadoras aplicaron las entrevistas de manera conjunta, con el propósito de alcanzar confiabilidad en la información obtenida, afinar detalles referentes a la formulación de las preguntas y establecer la duración aproximada de la entrevista.

A partir de las observaciones durante esta etapa inicial, se evidenció que los pacientes al tener conocimiento de que la entrevista era de carácter psicológico, modificaban sus respuestas aparentemente por deseabilidad social, justificaban sus respuesta u omitían información que le habían proporcionado al personal médico de UNICOPROC-HUC, dificultando así la obtención de datos fiables. Se decidió no mencionarles a los sujetos que formaría parte de la investigación que se trataba de una entrevista psicológica y se incorporó la tarea como parte del protocolo de la atención de los casos de UNICOPROC-HUC. Adicionalmente, se consideró necesaria la modificación en la presentación del ítem 4 y 4. 1 referente a la selección de las actividades sexuales que practica el paciente y el orden de preferencia de las mismas. También se agregaron las opciones de respuesta en el área social de la prueba autoaplicada, para facilitar la identificación de las respuestas por parte del paciente.

FASE II. APLICACIÓN

Esta fase consistió en la aplicación de la guía entrevista a un grupo de pacientes con alteraciones anorrectales y a otro grupo de personas sin alteraciones, con el propósito responder a los objetivos planteados en la investigación, tomando en cuenta las consideraciones de la validación empírica.

Ambiente

El estudio se realizó en dos ambientes, el primero la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC-HUC), ubicado en la Ciudad Universitaria, Región Capital, en la que se procedió a entrevistar a los pacientes que presentaban alteraciones anorrectales. El segundo el Ambulatorio Docente Asistencial del Hospital Universitario de Caracas (ADA-HUC) ubicado en la Ciudad Universitaria, Región Capital espacio en el que se entrevistaron a los sujetos que no presentaban alteraciones anorrectales.

Sujetos

Se entrevistaron un total de 30 personas con alteraciones anorrectales (hemorroides, fisura y fístula) y 20 personas sin alteraciones anorrectales, tanto de sexo femenino como masculino.

Criterios de exclusión

En el grupo de los pacientes que presentaban alteraciones anorrectales, se excluyeron los casos en los que la patología era producto de enfermedades de transmisión sexual o malformación congénita, así como los pacientes que presentaban alteraciones funcionales (incontinencia y estreñimiento). También fueron excluidos los pacientes que presentaban alteraciones de un largo período de evolución (rectocele, prolapso) y los que habían sido sometidos a tratamiento quirúrgico. En el segundo grupo, conformado por personas que no presentaban las alteraciones, se excluyeron las personas que en otro momento habían presentado una patología anorrectal y también aquellas que padecen patologías relacionadas al colón e intestino.

Materiales

“*Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales. Adaptación Briceño- Contreras 2006*” (Versión ABC – 2006). Compuesta por dos partes, la primera consiste en una entrevista semiestructurada y la segunda, un cuestionario autoaplicado con opciones de respuesta tipo likert.

En la entrevista semiestructurada se exploró la información demográfica de los pacientes: datos de identificación y estratificación social (12 ítems), también la información referente a los antecedentes de la enfermedad (11 ítems), las áreas laboral (10 ítems), sexual (9 ítems) y emocional (10 ítems), así como los hábitos alimentarios (11 ítems) y de eliminación (14 ítems). En el cuestionario autoaplicado, se exploraron las áreas emocional (12 ítems) y social (39 ítems).

- Hoja de respuesta: consiste en un formato en el que se transcribieron las respuestas de los pacientes al momento de la entrevista semiestructurada.

Variables

Debido a las características del diseño no experimental correlacional de campo, no se hará uso de la denominación: variable independiente (VI) y variable dependiente (VD), pues no es posible establecer una relación causal entre las mismas. Por lo tanto, las variables serán manejadas como variable predictora y variable criterio.

Variables Predictoras: son aquellas a partir de las cuales se espera prever la variable criterio, no se manipulan (Kerlinger y Lee, 2002). Las alteraciones anorrectales que presentaban los pacientes fueron las variables predictoras de la investigación; estas no podían ser manipuladas ya que su impacto ya había ocurrido en el tiempo. Fueron medidas en términos de presencia-ausencia y tiempo de evolución, con un nivel de medida nominal y ordinal.

Variable Criterio: Son aquellas que se predicen o anticipan a partir de la variable predictora (Kerlinger y Lee, 2002). Las variables criterios de la investigación son los repertorios conductuales que poseen las personas con y sin alteraciones anorrectales, en términos de presencia-ausencia. La unidad de medida es nominal, y adicionalmente se asignaron valores a los ítems para obtener un índice en cada una de las áreas evaluadas y así se alcanzó un nivel de medida ordinal. Las variables criterio fueron los repertorios conductuales de pacientes con alteraciones anorrectales, en las siguientes áreas: hábitos alimentarios y de eliminación, área laboral, social, emocional y sexual.

Para cada una de las áreas se utilizaron las definiciones instrumentales expuestas en la Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales. Adaptación Briceño- Contreras 2006” (Versión ABC – 2006).

Hábitos alimentarios: conductas orientadas a la ingesta de alimentos por parte del individuo de acuerdo a sus experiencias y necesidades, relacionadas con el tipo de alimento, horario, y frecuencia de consumo, situación y topografía.

Hábitos de eliminación: conductas repetitivas diferentes a las respuestas reflejas que le permiten a las personas poseer un control sobre la retención y eliminación de sus heces.

Área laboral: por medio de la exploración del comportamiento de la persona dentro de un ambiente de trabajo se buscaba conocer la incidencia de este contexto sobre la enfermedad y explorar cómo la enfermedad también podía estar afectando el comportamiento laboral de la persona.

Área social: es el comportamiento interactivo del individuo con las otras personas que se encontrará mediado por el ambiente, la situación, los intereses propios y las respuestas del otro. De esta área interesaba conocer

la presencia de comportamientos asertivos en el individuo, de apoyo social, identificar si mostraba temor a ser evaluado negativamente en sus interacciones y la posible presencia de tensión o evitación social.

Área emocional: Se refiere a los estados de ánimo y modos de afrontamiento, que el individuo evidencia a través de su funcionamiento individual y social. También se espera conocer si la persona ha atravesado estados ansiosos o depresivos y caracterizarlo (topografía).

Área sexual: Buscaba explorar elementos relacionados con la preferencia sexual de los participantes, su frecuencia, topografía y grado de satisfacción en la actividad sexual.

Procedimiento

Luego de la aplicación de la prueba piloto, se procedió a la recolección de la muestra de personas con alteraciones anorrectales esta actividad se desarrollo en la Unidad de Coloproctología, del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC-HUC) por un período de cinco meses. El paciente era atendido por los médicos de UNICOPROC-HUC, se establecía el plan de trabajo y se contrastaban las características del caso con los criterios de exclusión con el fin de seleccionar a los sujetos que participarían en la investigación.

Para seleccionar a los sujetos que conformarían el grupo de personas sin alteraciones anorrectales se abordó a los individuos que se encontraban en la sala de espera I y II del Ambulatorio Docente Asistencial del HUC (ADA-HUC). Como criterio se indagaba su estado de salud, la condición para participar en el estudio era que no presentaran trastornos físicos, si los presentaban la exigencia era que se tratara de enfermedades distintas a las alteraciones anorrectales.

En ambos grupos, se administraban los dos componentes de la *Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales (Versión ABC – 2006)*, primero se empleaba la guía semi-estructurada para entrevistar a los participantes y posteriormente se les entregaba a los sujetos el cuestionario autoaplicado. En todo momento se les garantizaba la confidencialidad de la información proporcionada.

RESULTADOS

Una vez terminada la recolección de datos en ambos grupos, se procedió al análisis de los resultados para ello fue necesario categorizar las respuestas de las preguntas abiertas y asignarle un valor numérico para, posteriormente, realizar el vaciado de los datos en el programa Microsoft Office Excel versión 2003 y después trasladarlos al programa SPSS (Programa Estadístico Para las Ciencias Sociales) versión 12.0.

En la entrevista semiestructurada la asignación de valores se realizó de la siguiente manera: a las respuestas que apuntaron a un repertorio inadecuado se le asignó una puntuación mínima de cero, las respuestas asociadas a un repertorio adecuado obtuvieron una puntuación máxima de cinco, el resto de las respuestas obtenían un valor intermedio (2, 3, 4). En los hábitos alimentarios se asignaron puntuaciones a los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 y 10, en el caso de los hábitos de eliminación a los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12 y 13, en el área laboral fue necesario en el caso de los ítems 1, 4, 5, 6 y en el área sexual en los ítems 2, 3, 5 y 6.

Por su parte, las áreas emocional y social se analizaron sobre la base de los ítems del cuestionario autoaplicado, en el cual la asignación de valores se realizó de la siguiente manera: la opción *casi nunca* tuvo una puntuación de cero, la opción *algunas veces* una puntuación de uno, la opción *frecuentemente* una puntuación de dos y la opción *casi siempre* una puntuación de tres; algunos ítems medían el repertorio de manera inversa, por lo cual fue necesario invertir los valores de las opciones de respuesta utilizando el programa estadístico SPSS 12.0 (casi nunca tenía una puntuación de tres, algunas veces tenía una puntuación de dos, frecuentemente tenía una puntuación de uno y casi siempre tenía una puntuación de cero). Luego de obtener las puntuaciones en cada área, se compararon los repertorios conductuales de ambos grupos.

Se obtuvieron puntuaciones que apuntaban a diferencias significativas en el área sexual y en los hábitos de eliminación, mientras que en el resto de las dimensiones no se encontraron diferencias importantes entre los grupos, tal como se presenta en las tablas que se exponen a continuación:

Tabla 1

Comparación de los grupos en cuanto a la presencia de ansiedad.

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	9,50
Pacientes sin alteraciones	10,95

Tabla 2

Comparación de los grupos en cuanto a la presencia de depresión

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	5,60
Pacientes sin alteraciones	5,70

Tabla 3

Comparación de los grupos en iniciar y mantener conversaciones y hacer y rechazar peticiones

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	13,10
Pacientes sin alteraciones	11,55

Tabla 4

Comparación de los grupos en expresión de afecto, opiniones, desacuerdos y enfados, defensa de derechos propios

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	21,6667
Pacientes sin alteraciones	20,5500

Tabla 5

Comparación de los grupos en cuanto a la presencia de apoyo social disponible

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	12,23
Pacientes sin alteraciones	10,65

Tabla 6

Comparación de los grupos en cuanto a la presencia de temor a ser evaluado negativamente

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	9,0000
Pacientes sin alteraciones	8,8000

Tabla 7

Comparación de los grupos en cuanto a tensión y evitación social

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	4,60
Pacientes sin alteraciones	5,35

Tabla 8

Comparación de los grupos en el área laboral

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	14,68
Pacientes sin alteraciones	14,50

Tabla 9

Comparación de los grupos en hábitos alimentarios

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	30,66
Pacientes sin alteraciones	30,30

En el *área emocional*, las participantes de sexo femenino de ambos grupos reportaron sentirse decaídas en un porcentaje superior a los hombres. Fue mayor el número de mujeres que presentaban alteraciones anorrectales (71%) que expresaron sentirse decaídas en comparación con las mujeres sin alteraciones anorrectales (67%), este dato fue similar en el caso de los hombres. En ambos grupos, las mujeres expresaron tener más cambios emocionales que los hombres. Tanto mujeres como hombres con la patología anorrectal, reportan más cambios emocionales que las personas sin alteraciones, pero estas diferencias no son significativas.

En el *área de hábitos de alimentarios*, las personas sin alteraciones anorrectales reportaron tener un horario establecido para realizar sus comidas, no así en el caso de las personas con alteraciones. Ambos grupos reportaron realizar meriendas entre comidas principales. En cuanto al consumo de agua durante el día, las personas con alteraciones ingieren mayor cantidad que las personas sin alteraciones, se puede deducir que esta diferencia se debe al seguimiento de recomendaciones médicas referentes a la presencia de la patología anorrectal. Las personas entrevistadas reportaron la presencia de hábitos de alimentación siendo las mujeres en ambos grupos quienes presentan mejores hábitos que los hombres.

En cuanto al *área social*, los participantes de ambos grupos presentaron habilidades para iniciar y mantener conversaciones, así como para hacer y rechazar peticiones; siendo los hombres quienes exhibían esta habilidad en mayor medida que las mujeres.

En ambos grupos los participantes reportaron experimentar temor a ser evaluados negativamente, sin embargo, los hombres con alteraciones anorrectales obtuvieron un valor mayor (10,07) que los hombres sin alteraciones anorrectales (6,6) y que el resto de las participantes del sexo femenino.

En ambos grupos no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre género y apoyo social disponible, así como entre género y tensión o evitación social, es decir, tanto las personas del género femenino y del masculino, con o sin alteraciones, disponen de apoyo social en momentos de enfermedad y también experimentan tensión en situaciones sociales.

En el *área sexual*, se pudo conocer que un alto número de los pacientes sin alteraciones anorrectales (85%) manifestaron satisfacción con su vida sexual y tener relaciones de parejas estables en la actualidad (95%), a diferencia del grupo de personas con alteraciones anorrectales, en el que un 65,5%, expresó estar satisfecho, y un número importante expresó no ser activo sexualmente en la actualidad (40%). Asimismo, algunos expresaron sentir dolor durante la actividad sexual, afectando en determinados casos, las posiciones sexuales que practicaban; estas diferencias entre los grupos en el área sexual se evidencian en la Tabla 10, donde se observa que las personas sin alteraciones anorrectales obtuvieron un promedio mayor en esta área que los pacientes con alteraciones.

Tabla 10

Comparación de los grupos en el Área Sexual.

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	14,53
Pacientes sin alteraciones	16,25

Con respecto a los *hábitos de eliminación*, el grupo de pacientes con alteraciones anorrectales, en su mayoría, expresó presentar dificultades en torno a la evacuación, tales como, peso abdominal, esfuerzo al evacuar y sensación de evacuación incompleta; además, reportaron que no asisten a evacuar ante el primer impulso, que la presencia de otros influye para que eviten ir al baño y que utilizan medicamentos y alimentos para facilitar la evacuación, siendo el laxante el producto más usado por estos pacientes. En comparación con el grupo de personas sin alteraciones, observándose en la Tabla 11 que obtuvieron un promedio de puntuaciones inferior.

Tabla 11

Comparación de los grupos en cuanto a los hábitos de eliminación.

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	31,06
Pacientes sin alteraciones	34,90

Cabe destacar que de las personas con alteraciones que reportaron evacuar diariamente, un 23% señaló que empleaban laxantes para facilitar la evacuación, y de los pacientes que evacuan entre 1 y 4 veces por semana solo un 23% no reportó usar laxantes.

Por otra parte, en ambos grupos se evidenció la presencia de un horario al momento de evacuar, vinculado con el uso del sanitario en el hogar y con el horario de la mañana antes de iniciar sus actividades laborales.

En ambos grupos, los hombres acuden a evacuar ante el primer impulso más que las mujeres y las personas sin alteraciones anorrectales más que las personas con alteraciones. Adicionalmente, las personas del género femenino reportan que la presencia de otros influye para que eviten ir al baño, en comparación con las personas del género masculino. Las mujeres con alteraciones anorrectales (76%) evitan ir al baño por la presencia de otros más que las mujeres que no presentan la patología (40%). Los hombres tienen mejores hábitos de eliminación que las mujeres (Ver Tabla 12).

Tabla 12.

Relación entre género y hábitos de eliminación.

Grupo	Género	Media
Pacientes con alteraciones	Masculino	37,0
	Femenino	26,52
Pacientes sin alteraciones	Masculino	38,60
	Femenino	33,66

DISCUSIÓN

Ribes (1990) propone “la existencia de procesos psicológicos que relacionan las condiciones biológicas del individuo y su comportamiento individual en un marco sociocultural, y según las características funcionales del comportamiento, tendrán como resultado la vulnerabilidad biológica, la cual aumenta “...el riesgo de que, dado factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica” (Ribes, 1990, p. 30). En este sentido, se esperaría que las personas con alteraciones anorrectales ejecutaran conductas inadecuadas o de riesgo que conformarían los factores desencadenantes de esta patología y que las mismas no estarían presentes en las personas sin alteraciones. Los resultados obtenidos, con los sujetos que participaron en el estudio, apuntan a que no se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las áreas evaluadas.

En el área emocional, las personas con alteraciones anorrectales reportaron experimentar cambios emocionales y estar decaídas en mayor medida que las personas sin alteraciones, sin embargo, estas diferencias no son significativas. En el área social, ambos grupos presentan habilidades para iniciar y mantener conversaciones, hacer y rechazar peticiones, así como para expresar afecto, opiniones, desacuerdo, enfado, y defensa de derechos propios; además, reportaron sentir temor a ser evaluados negativamente y tensión social; lo que se corresponde con lo resultados encontrados por Briceño y Conteras (2006).

En cuanto a los hábitos de alimentación, no se encontraron diferencias significativas entre las personas con alteraciones y sin alteraciones, esto puede deberse a que algunos de los pacientes con alteraciones anorrectales habían presentado otras patologías anteriormente y habían modificado sus hábitos por recomendación médica, lo cual pudo afectar los resultados de la investigación en esta área y lo que apuntaría a seleccionar sujetos que presenten únicamente las patologías anorrectales como criterio de inclusión.

Por otra parte, en el área laboral, se encontró que algunos pacientes se veían afectados por los síntomas de la enfermedad, experimentando irritabilidad e incomodidad en el trabajo y en algunos casos se habían ausentado de su lugar de trabajo o habían interrumpido de forma prolongada sus actividades laborales, sin embargo no fue la mayoría, mientras que en el área sexual, se encontraron diferencias, pues se pudo conocer que las

personas sin alteraciones anorrectales manifestaron estar satisfechos con su vida sexual y tener relaciones de parejas estables en la actualidad, a diferencia del grupo de personas con alteraciones anorrectales, en el que un número importante expresó no ser activos sexualmente en la actualidad, debido en parte a la presencia de la enfermedad. Asimismo, algunos expresaron sentir dolor durante la actividad sexual, disminuyendo la frecuencia de la actividad sexual y afectando en determinados casos, las posiciones sexuales que practican. Estas diferencias resultan de la patología más no la antecedente.

Sobre la base de los resultados, se podría sugerir que el modelo de Ribes (1990) es insuficiente para explicar el desarrollo de estas patologías o que las condiciones que afectan la vulnerabilidad en los trastornos anorrectales pueden ser de naturaleza estrictamente orgánica (predisposición genética). Sin embargo, hay que destacar que se encontraron diferencias significativas en lo que concierne a los hábitos de eliminación, ya que se evidenció que los pacientes con alteraciones anorrectales en su mayoría realizaban esfuerzo al evacuar, por lo que se ayudaban manualmente y facilitaban su evacuación haciendo uso de laxantes, generalmente no acudían a evacuar ante el primer impulso en comparación con las personas sin alteraciones anorrectales, reportaron además tener sensación de evacuación incompleta, peso abdominal, realizar actividades durante la evacuación y evitar ir al baño por la presencia de otras personas, todas con una frecuencia mayor que las personas sin alteraciones.

Por otro lado, en lo que respecta a las diferencias por género, se encontró que las mujeres, en comparación con los hombres, tienen mejores hábitos de alimentación, sin embargo, presentan mayores deficiencias en los hábitos de eliminación y en las áreas emocional, sexual, y social.

De acuerdo a estos resultados, podría decirse que la vulnerabilidad biológica para presentar una alteración anorrectal viene dada fundamentalmente por los hábitos de eliminación que poseen los pacientes. Por lo tanto, cualquier intervención terapéutica debe orientarse a modificar los hábitos de eliminación, para que se mantengan los resultados obtenidos a través del tratamiento médico, destacándose la importancia del diseño empleando elementos del Análisis Conductual al momento de la exploración y mantenimiento de los repertorios adecuados.

Por último, es importante resaltar que a pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a los hábitos de alimentación y las áreas emocional y social, aún no se puede desvincular

la influencia de estas variables en el inicio y mantenimiento de la patología anorrectal; en esta dirección, los resultados de esta investigación no pretenden ser definitivos, por el contrario, se corrobora la necesidad de continuar indagando y se incentiva la realización de nuevas investigaciones, que exploren a profundidad exclusivamente estos aspectos.

Para investigaciones futuras, se sugiere la exploración detallada de los estilos de afrontamiento como un elemento importante al momento de medir el impacto de los factores ambientales en la incidencia de los trastornos anorrectales y en la recidiva, así como la ocurrencia de elementos emocionales. Es recomendable, el empleo de grupos de sujetos con características disímiles marcadas, ya que en el grupo control no se establecieron como criterios de exclusión la presencia de otras patologías, el único criterio era que no presentaran trastornos anorrectales, es posible que algunas de la problemáticas que presentaban incidiera de manera similar en el despliegue de las conductas.

REFERENCIAS

- Barrera, M. (2003). *Líneas de investigación. En investigación holística.*(2ª ed). Caracas: Fundación Servicios y Proyecciones para América Latina, Sypal.
- Briceño, D. y Contreras, L. (2006). *Patrones conductuales de pacientes con alteraciones anorrectales.* Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, T. (2006). *Metodología de la Investigación.* (4a ed.). México: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento.* (4a ed.). México: McGraw-Hill/Hispanoamericana.
- Lastra, C. y Moreno, Z. (2009). *Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales.* Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Mainieri, R. (1999). *Estrés.* Recuperado el 11 de enero de 2009, de <http://healthclub fortunecity.com/hockey/91/estres.html>
- Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud.* Buenos Aires: Paídos.

- Moreno, R. y Ochoa, M. (2005). *Trastornos anorrectales: una aproximación desde el modelo conductual*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Morgado, P. (1997). *Manual de Coloproctología*. Caracas: Editorial Kinesis.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Sardiñas, C. (2002). *Proctología para cirujanos generales*. Caracas: Disinlimed.