Conferencia

Tratamiento psicológico para el abordaje del síndrome del colon irritable

Conferencia dictada en la Sesión Científica de la SPU, el 28 de junio de 2002.

Autora

Silvia Bernstein de Gutman

Licenciada en Psicología Clínica.

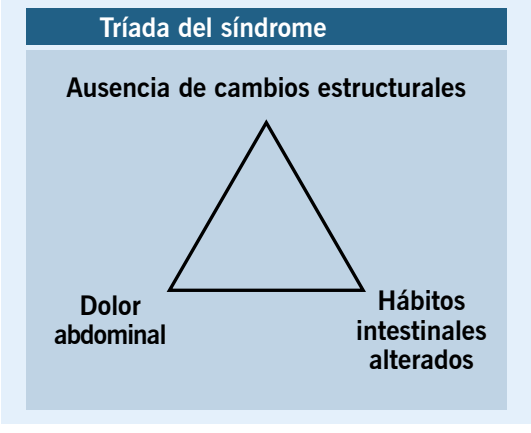
Manuel Ugarte 2877. Capital. C.P. 1428. Buenos Aires, Argentina.

Descartes afirmó su máxima: "Pienso, luego existo", pero lo hizo porque sus intestinos se lo permitieron. Así es cuando el aparato digestivo enferma y nos hace conscientes de su aflicción mediante vómitos, diarreas, ardores y espasmos; la mente se nubla y ningún pensamiento fluye con normalidad.

M. Gershon, El segundo cerebro

Introducción

El síndrome del colon irritable o, como se lo define actualmente, del intestino irritativo (SII) –debido a la presencia de otras estructuras implicadas, y no sólo la del colon o intestino grueso–, es un desorden funcional intestinal caracterizado por la presencia de dolor abdominal, distensión y hábitos intestinales alterados. Dentro de esta última condición es frecuente hallar que la diarrea alterna con el estreñimiento o constipación



Secundariamente, también se observa que los pacientes habitualmente se quejan de una variedad de síntomas extracolónicos, entre los que se incluyen la náusea, el cansancio, las migrañas, y síntomas urinarios, entre otros[1]. Esta condición tan común, se estima que afecta de un 10 a un 20% de la población general en algún momento de su vida[2] y aunque sólo una pequeña proporción (próxima al 4% de todos los sufrientes de SII) visita al especialista[3], representa aproximadamente la mitad de las consultas que reciben los médicos gastroenterólogos[4, 5]. Se sabe que esta afección tiene una predominancia dentro del género femenino en una proporción de 4 a 1, en lo que se refiere a consulta hospitalaria, mientras que igual proporción no se conserva en Oriente, donde es más frecuente que los hombres consulten al especialista[6].

En algunos casos los síntomas pueden ser tan severos e intrusivos que interfieren en la calidad de vida de la persona, y en sus posibilidades de desplegar normalmente su trabajo, lo cual deviene en un significativo incremento de ausentismo laboral. Estadísticamente, se considera como la segunda causa de ausentismo, después del resfrío común.

Estos pacientes, generalmente, son refractarios a los tratamientos convencionales; se observa que reiteradamente fracasan a pesar de transitar distintas y variadas terapéuticas[7].

Resulta muy frecuente que los pacientes repitan sus estudios y que sean derivados a otros especialistas en la búsqueda de una causa de su problema, y aun es común que a algunos se les haya practicado histerectomías o apendicectomías innecesarias, sin encontrar, obviamente, alivio alguno. Estos pacientes también tienden a consultar a sus médicos ante cualquier mínimo malestar mucho más que el común de la gente[8], con el consecuente uso incrementado de medicaciones. Es importante remarcar que no poseen más posibilidad de tener pólipos colónicos quienes son portadores de esta disfunción, que quienes no la poseen, ya que la cancerofobia está muy difundida entre quienes lo padecen.

Objetivos

Hemos observado que los pacientes que sufren el síndrome de intestino irritable (SII) se encuentran "desesperados" en la búsqueda de una ansiada "solución".

Si bien por la índole de la afección no se les puede prometer hasta el presente una definitiva cura, sí sabemos que desde el quehacer psicológico nos incumbe acompañarlos, brindándoles la mejor atención y transmitiéndoles herramientas y recursos para que puedan aprender a "manejar" lo mejor posible la disfunción.

Tal como señala Edward B. Blanchard de la Universidad de Albany, N.Y: "*resulta sorprendente el hecho que este desorden tan expandido entre la población, haya atraído tan poca atención desde el ámbito psicológico, tanto en el quehacer clínico, como desde la investigación científica*"[9].

Los psicoterapeutas tienen mucho conocimiento y experiencia, que puede ser agudizado al conocer la profundidad fisiopatológica del cuadro, así como el modelo que se presenta en este trabajo. De esta forma, seguramente podrán ayudar más eficientemente a este perfil de pacientes.

En la franja de pacientes que consultan por padecer este síndrome podemos encontrar una gran dosis de conflictos psicológicos, los cuales necesitan de buenas intervenciones psicoterapéuticas.

Paralelamente, los médicos gastroenterólogos podrán sentirse aliviados al contar con la posibilidad de derivar a sus pacientes a los psicólogos, ya que tienen recursos limitados dentro de la farmacopea o la cirugía. Sabemos que muchos de estos profesionales de la medicina necesitan incorporar recursos desde la Psicología, que puedan ampliar y optimizar su relación con el paciente que muchas veces plantea un desafío significativo.

Etiología

Hasta el presente se desconoce su origen. A pesar de las numerosísimas investigaciones realizadas, especialmente en los últimos veinte años, no se ha logrado aún una explicación fisiopatológica concluyente.

No existen estudios o pruebas de laboratorio que permitan un diagnóstico positivo, aun cuando su determinación clínica puede resultar sencilla para el médico al considerar la historia del paciente y su sintomatología, y tras un claro diagnóstico diferencial.

Tampoco existe una medicación realmente efectiva para el alivio de los síntomas.

Se habla de un trastorno funcional dado que no existen alteraciones estructurales ni bioquímicas que justifiquen la presencia de los síntomas.

No se ha demostrado que sea una enfermedad heredada genéticamente, pero sí se ve que entre las madres que son consultadoras hay mayor porcentaje de hijos que son, a su vez, consultadores.

Los mecanismos que actúan en la producción de los síntomas del SII son, en gran parte, desconocidos actualmente. Pero es claro que no se trata de un único mecanismo sino de la sumatoria e interrelación entre varios.

Una explicación más integrada la ofrece la hipótesis de una *falla en la regulación entre el SNC y el SN Entérico*, lo que se conoce como el eje cerebro-intestino, o la conexión cerebro-intestinal. El SNE constituye un verdadero "*cerebro abdominal*", poblado de infinidad de fibras nerviosas y de neurotransmisores, conectados con el SNC. Las alteraciones encontradas en el funcionamiento de los nervios viscerales aferentes y en el procesamiento central de la información podrían explicar mayor cantidad de síntomas.

Como es de conocimiento general, el sistema digestivo es primordialmente sensitivo, ya que su función principal es absorber todos los nutrientes. Pero en el ser humano, a diferencia de los animales, lo sensitivo se halla íntimamente ligado a lo emocional. Por esta razón, los factores psicológicos influyen sobre los síntomas.

Dieta

Por razones lógicas, la preocupación por la dieta es un tema central en las personas que sufren SII. Sin embargo, actualmente se sabe con absoluta certeza que:

No es la comida la que provoca los síntomas y no hay una dieta específica que los mejore.

No obstante, cada persona deberá detectar sus tolerancias alimenticias e ir descartando de su dieta todos aquellos alimentos que precipiten sus síntomas.

Estrés

Muchas veces los síntomas aparecen por primera vez frente a situaciones vitales estresantes; otras, después de ellas.

Para entender cómo el estrés puede producir los característicos síntomas de este cuadro –dolor abdominal y hábitos intestinales alterados–, consideremos que la activación del sistema del estrés puede estimular o inhibir el funcionamiento de todo el sistema digestivo, respondiendo a específicos contextos emocionales[10].

Es interesante notar que diferentes respuestas fisiológicas se desencadenan según sea la emoción predominante: miedo u hostilidad. Frente al miedo, el funcionamiento del tracto gastrointestinal alto (estómago y duodeno) es inhibido, produciendo la sensación de plenitud y falta de apetito, a la vez que la activación del funcionamiento del tracto gastrointestinal bajo (colon sigmoideo y recto) lleva a los cólicos y la diarrea.

En el caso de la ira, todo el tracto gastrointestinal alto es estimulado, lo que aumenta las contracciones gástricas y la secreción ácida.

Se sabe que el área cingulada anterior del cerebro constituye la corteza motora visceral. Desde ella parten proyecciones hacia el hipotálamo, la amígdala y los núcleos del tronco cerebral, que forman la base para las conexiones con las vías vagales y sacrales, simpáticas y parasimpáticas, que a su vez salen hacia el colon. Esta red ha sido llamada *Sistema motor emocional*, término que hace referencia a un grupo de vías motoras paralelas que gobiernan las respuestas somáticas, autonómicas, antinociceptivas (de modulación del dolor) y endócrinas. Estas cuatro funciones principales del sistema se activan en situaciones que la persona percibe como amenazantes para el equilibrio homeostático.

Finalmente, es sumamente interesante para nuestro trabajo notar que, "aun cuando estas descargas representan la respuesta fisiológica de la persona al estrés y el miedo", frecuentemente no están asociadas con sentimientos conscientes de ansiedad o miedo. Es decir, que una persona puede mostrar todos los signos fisiológicos del miedo, pero no darse cuenta de ningún sentimiento sobre la situación. Concordantemente, las puntuaciones en los test psicométricos para la ansiedad en pacientes con SII pueden ser normales, a pesar de la activación de los componentes fisiológicos de la respuesta motora emocional al miedo.

Este concepto tiene importantes implicaciones para entender la relación de los trastornos afectivos con el SII. Desde un punto de vista fisiopatológico, la principal diferencia entre los trastornos de ansiedad y el SII puede ser la presencia de sentimientos conscientes de ansiedad en los trastornos de ansiedad, y en un porcentaje variable de pacientes con SII"[11,12].

Base epistemológica

He basado mi tratamiento psicológico para el síndrome de intestino irritable (SII) tomando como base esencial la Psicología Cognitiva-Conductual Standard de A. Beck, sobre la que se asienta este abordaje, especialmente en las propuestas de trabajo grupal y de tiempo limitado.

A este enfoque se suma el de la Psicología Cognitiva Constructivista en los tratamientos individuales con pacientes más severos y a más largo plazo.

El abordaje deberá ser necesariamente desde una perspectiva que incluya lo biológico, lo psicológico y lo social. El SII parece ser ese tipo de afección que no tiene aún un estatus reconocido. Esta situación tiene que ver con los modelos de salud y enfermedad que tradicionalmente se han manejado.

Así, encontramos que, desde un punto de vista médico, basado en el modelo biológico de enfermedad, el SII, al igual que otras enfermedades funcionales, no tiene cabida, dado que no se observan en ellas modificaciones bioquímicas ni estructurales.

Por otra parte, muchos profesionales desde la Psiquiatría lo han considerado como un trastorno somatomorfo. Pero en los mismos no existen bases orgánicas.

Sin embargo, las últimas investigaciones muestran que existe una disfunción neuroentérica. Al decir de D. Drossman, Whitehead y M. Camillieri, tres de los más reconocidos investigadores sobre el tema, el SII no encaja en una específica condición médica o psiquiátrica.

Nos inclinamos a pensar, siguiendo a estos autores, que el SII es un cuadro donde justamente interactúan los factores orgánicos con los psicológicos y los socio-ambientales. De aquí entonces que el modelo bio-psico-social sea el único apropiado para su comprensión.

No obstante, si por razones legales, burocráticas u otras, fuera necesario clasificarlo según el DSM-IV, sugerimos hacerlo en el apartado, "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica". En el mismo se contemplan situaciones en las que los factores psicológicos tienen un efecto clínicamente significativo sobre el curso o la evolución de una enfermedad médica. En estos casos existe una evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque a menudo no es posible demostrar una causalidad directa o los mecanismos subyacentes de la relación.

De acuerdo con lo dicho, en los casos que lo requieran clasificaremos: Síntomas de ansiedad, de depresión, u otros, en Eje I, que afecta a Colon Irritable, en Eje III.

Pilares de tratamiento

La terapia Cognitiva-Conductual permite incluir las variables de:

- *la psicoeducación*
- *el entrenamiento en relajación*
- *la reformulación cognitiva*

Los objetivos específicos del tratamiento son:

- Detectar aquellas creencias que potencian la ansiedad anticipatoria y catastrófica, la cual eleva la hipervigilancia y la sensibilidad visceral dolorosa. Esta a su vez potencia la fantasía de enfermedad, la angustia y los síntomas colónicos.

- Interrumpir este círculo vicioso en el cual está encerrado el paciente.
- Desarrollar nuevas conductas de afrontamiento para transformar la actitud personal del paciente frente a su distonía-illness behavior.

Desde este enfoque básico de tipo Cognitivo-Conductual trabajamos fundamentalmente para poder superar las *creencias disfuncionales*, las dificultades emocionales y las distorsiones que acarrean los síntomas provocando depresión y baja autoestima.

Procuramos analizar la forma de pensar y de enfrentar los conflictos para que el paciente descubra nuevas formas de encarar su enfermedad.

Se trabaja sobre las actitudes, las conductas, la expresión de las emociones y la manera de resolver los problemas interpersonales.

Buscamos nuevas formas de disminuir la ansiedad y combatir los pensamientos negativos. Básicamente se trata de ayudar a esclarecer y modificar las creencias distorsionadas y las conductas que estas originan.

Para ello, implementamos el reconocimiento de las *distorsiones cognitivas*, que son aquellos errores sistemáticos en el procesamiento de la información, que afectan las funciones cognitivas de:

- la selección perceptual
- la atención
- los procesos lógicos de razonamiento
- la memoria

Las distorsiones cognitivas más habituales en las personas que padecen SII son:

1. *Sobregeneralización*. Ejemplo: "No puedo controlar mis intestinos, soy un débil".
2. *Pensamiento dicotómico absolutista*. Ejemplo: "¡Siempre tengo que tener algo! Hoy no pude hacer nada por este dolor" (cuando en realidad le quedó sólo una tarea pendiente).
3. *Maximización-minimización*. Ejemplo: "Esto no tiene arreglo."
4. *Pensamiento catastrófico*. Ejemplo: "Ayer me sentí muy mal en el restaurante. La vez pasada también. Por más que quiera no puedo salir."
5. *Predicciones negativas*. Ejemplo: "No haré ese viaje, porque no podré comer afuera ni hacer normalmente las excursiones."
6. *Lectura del pensamiento*. Ejemplo: "Nunca me lo va a decir, pero le da asco que deje olor en el baño."
7. *Pensamiento del "debería"*. Ejemplo: "Yo tendría que comer sólo en forma vegetariana." "Yo no debería cambiar de trabajo. Si me descompongo la pasaré mal."
8. *Etiquetamiento*. Ejemplo: "Soy un debilucho." "Nací para sufrir."
9. *Personalización*. Ejemplo: "Todos se sintieron incómodos por mí."
10. *Descalificación de lo positivo*. Ejemplo: "Bueno, pero eso no cuenta. No es que esté mejor, es que me relajo, si no lo hiciera, me dolería igual."

La experiencia nos indica que los monitoreos basados en los *Registros Diarios de Pensamientos Disfuncionales* son un importante pilar del tratamiento y se constituyen así en la principal técnica a utilizar[13].

Pedimos un registro de la sintomatología, considerando las variables duración e intensidad –graduadas subjetivamente de acuerdo con una escala–, así también como el registro de los pensamientos, sentimientos y conductas que acompañan al síntoma.

Cada paciente deberá completarlos a lo largo de la semana, para ser revisados y trabajados con el terapeuta en el contexto de las sesiones.

El objetivo último es cuestionar la evidencia de los mismos para acceder a conductas más funcionales.

La Psicoeducación cumple una función informativa, que tranquiliza y permite derribar mitos y fantasmas. Constituye la primera etapa del proceso terapéutico. Su finalidad es transmitir la información necesaria para facilitar la tarea terapéutica y así ampliar sus alcances.

Los contenidos que abordaremos en la Psicoeducación son:

- Información sobre la Terapia Cognitiva y sus principios fundamentales
- Establecimiento de una Alianza Colaborativa de Trabajo
- Información sobre el cuadro de SII

La función de estas explicaciones es promover conductas más adecuadas en relación con otros aspectos del cuadro que influyen en el mejoramiento, tales como: la dieta, la medicación, actividad física, etcétera.

Training en relajación. Se ha comprobado la eficacia de esta técnica en el mejoramiento de los síntomas. Incluimos, entre otras técnicas, la relajación muscular progresiva, todo lo que hace a la imaginería, las visualizaciones curativas, la meditación, las técnicas de hipnosis, así como todo aquel recurso tendiente a sedar el sistema nervioso.

A través de los diferentes cursos y encuentros con especialistas en varias oportunidades la pregunta que siempre se da es "si hay un perfil en estos pacientes"[14].

La respuesta lleva a referirnos a algunos de los temas y rasgos que resaltan, y que trabajamos en las sesiones:

a) La ansiedad intestinal lleva a una hipervigilancia sobre los propios intestinos, y sobre el medio ambiente. Vemos en los pacientes que, debido a su sufrimiento, se hallan permanentemente observando a sus intestinos que pasan a ser el foco de su atención (cómo están, si arrojan síntomas), lo cual los lleva a un hipercontrol.

Muchas personas con SII viven con ansiedad la aceptación o la crítica de los demás. Es tal la importancia que le dan a lo que piensan o creen que piensan los demás de ellas, que

imaginan una catástrofe si no son aceptadas o si creen que no serán aceptadas[10].

"No puedo ir a un restaurante porque sé que me sentiré mal."

b) El perfeccionismo que, desde J. Young, estaría incluido en el esquema de estándares inalcanzables es matemáticamente visible en cada uno de los pacientes portadores. Sabemos que el perfeccionismo está condenado al fracaso, en tanto, a veces, la persona tiene aciertos, pero la mayoría de las veces tendrá que incorporar permiso para el error y las faltas. Necesariamente el perfeccionismo lleva al sentimiento de frustración.

"No puedo manejar los síntomas, me hacen sentir fuera de control."

c) La rabia y la frustración. Son sentimientos que están casi siempre presentes por las limitaciones que trae el cuadro (no en vano la denominación de "irritable"). Hay toda una temática a trabajar alrededor de la irritabilidad, que tanto puede generar más síntomas como ser el resultado de ellos. A veces el deseo de gustar y de ser aceptado, es lo que los hace preocuparse por no ser ofensivos. En otros casos, porque tienen mucho respeto por la autoridad y siendo muy cumplidores no desean o no pueden rebelarse. Debido a cualquiera de estas razones, hay pacientes que no asocian sus síntomas con sus dificultades de expresar su enojo. Tampoco lo hacen quienes sí pueden expresar su rabia, pero no en una forma asertiva[10].

"¡Preferiría tener cualquier cosa menos esto!"

d) Autoeficiencia. En general son pacientes con personalidades donde el sentido de la eficacia es superlativo, y existe en ellos el temor a no serlo, y no poder desempeñarse "adecuadamente" en relación con las demandas de la realidad.

"No podré conseguir un empleo mientras tenga estos síntomas."

e) La vergüenza es otro de los ítems muy marcados y capitales. Sabemos que estos temas no son fácilmente tratados en lo social.

La persona siente vergüenza cuando percibe que no tiene control sobre las propias funciones corporales.

A quienes lo padecen, el hecho de no poder manejar sus esfínteres los sume en un malestar muy profundo.

"No puedo ir al baño durante la reunión porque dejaré mal olor."

Existen muchos estudios que aseguran que el abuso sexual y físico es, frecuentemente, detectado en las clínicas de gastroenterología. Si bien los estudios hacen hincapié en la relación del SII con el abuso en mujeres, también puede verse este nexo en algunos hombres. Entre mujeres que padecían desórdenes gastrointestinales funcionales, el porcentaje de quienes confesaron haber sido abusadas fue significativamente mayor que el que se encontró en mujeres que padecían trastornos gastro-intestinales orgánicos[10].

f) Elevada necesidad de aprobación social. Es otro de los rasgos visibles. El paciente registra mucha necesidad de ser aprobado, valorado, respetado, con un estricto sentido de ajuste a la normatividad.

"Mejor no cuento lo que me pasa, si no me descartarán."

g) Pobre cuidado personal. En especial en las mujeres se observa que acorde con su educación, el hecho de atenderse y escuchar sus necesidades personales es vivido como una pérdida de tiempo e incluso no está muy bien visto. En muchas culturas la mujer ha sido educada para satisfacer primero las necesidades de los otros (familia, hijos, marido, etc.), postergándose a sí mismas. Se nota, además, en el género femenino, una potenciación de los síntomas que posiblemente se relaciona con la falta de permiso para la expresión abierta de los sentimientos hostiles.

"Con la casa y los chicos no me queda un minuto para relajarme."

h) Dolor. Generalmente, el dolor tiene una funcionalidad protectora del organismo: actúa como una señal que nos indica que el cuerpo ha sufrido alguna injuria o daño. Por ello,

remite a sus causas, siempre en la búsqueda del remedio propicio. En el caso del paciente que sufre de SII, el dolor no parece tener un sentido funcional y por ende, no le posibilita al sujeto un tratamiento más adecuado. Por tal razón se hace necesario dedicarle un espacio importante a esta variable, así como al aprendizaje de recursos de relajación para poder afrontarlo.

"Es tan terrible este dolor que preferiría que me operen. No puedo vivir más así."

En síntesis: el objetivo del tratamiento es que el paciente logre transformar a lo largo del proceso esos pensamientos disfuncionales, por otras construcciones y creencias más operativas como las siguientes:

"Puedo vivir con este cuadro. Me relajo."

"Puedo manejarlo."

"Estoy aprendiendo a diario nuevas maneras de ver el mundo y mi situación."

"No soy una persona detestable por padecer estos síntomas."

"Las molestias van y vienen; sé cómo poder con ellas."

"Nadie me quiere menos por tener esta vulnerabilidad."

Tratamiento multicomponente

En los grupos con los que hemos trabajado hasta el presente, en la ciudad de Buenos Aires, los distintas aspectos que contemplamos son[15]:

- Médico
- Psicológico
- Nutricional
- Corporal - Energético

El programa grupal se compone de la siguiente manera:

El médico ve al paciente y hace su diagnóstico. Me lo envía, yo lo entrevisto, hago un diagnóstico para ver si es agrupable, descartando psicosis, melancolías suicidas y psicopatías. Si son agrupables, pasarán a conformar grupos que, de ser posible, son pequeños, para una mejor personalización (entre 6 a 10 personas).

El paciente llenará un test con parámetros que miden el cuadro en las áreas física y psicológica. El mismo se volverá a administrar al final del proceso para comparar los resultados. Se le explica al paciente que concurrirá a encuentros de terapia grupal psicológica durante 8 a 10 sesiones. Y, asimismo, tendrá de 8 a 10 encuentros de terapia física grupal, a lo largo del proceso.

También tendrá acceso a un nutricionista que adaptará mejor su dieta según sea su modalidad diarreica o constipada.

Las sesiones psicológicas se desarrollarán con un encuadre de una vez por semana, con una duración de dos horas cada una, al igual que cada sesión de terapia física.

Estas últimas estarán coordinadas por fisioterapeuta, implementando técnicas varias, provenientes de distintas disciplinas: yoga, eutonía, release, etc., y se utilizarán diferentes objetos auxiliares: esferodinamia, cañas de bambú, y otros. Es un espacio que agrada mucho a los pacientes y les permite conseguir una buena distensión para reducir su estrés.

En mis sesiones psicológicas incorporo todos los recursos que hacen a un entrenamiento para la relajación. Las abro compartiendo alguna visualización o meditación curativa, y las cierro de igual modo. De esta forma, los pacientes pueden "centrarse" dejando fuera los estímulos nocivos que traen del exterior, y van aprehendiendo técnicas y recursos que deberán practicar a lo largo de la semana y de sus vidas.

Los siguientes resultados han sido obtenidos en una experiencia reciente, con una población de siete mujeres cuyas edades oscilan entre los 55 y los 73 años. Se midió cuatro variables: la biológica, la psicológica, la social y la calidad de vida, comparando los puntajes obtenidos por el proceso global, a partir del pre y el post test.

Como se puede observar, los resultados son altamente estimulantes.

RESULTADO ESTADÍSTICO DE EXPERIENCIA PILOTO										
Pacientes	Biológico		Psicológico		Social		Calidad de Vida		Total	
N=7	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Media	44.07	14.21	36.32	16.60	19.96	11.60	8.28	3.35	100.35	42.42

Derivación al psicólogo. ¿Cuándo?

–Nos preguntamos bajo qué circunstancias necesita el médico recomendar tratamiento psicológico para el trastorno específico.

–Y nos respondemos que estas dependerán de la severidad de los síntomas. Seguiremos la clasificación que al respecto realizó Douglas A. Drossman. Esta arroja tres modalidades: leve, moderada y severa.

–En consecuencia, la estrategia de tratamiento seguirá los mismos cánones.

Síntomas leves

• 70% de las pacientes tiene síntomas "leves".

• Pequeña o nula dificultad psicológica.

•Pueden reconocer y asociar estresores con síntomas.

• Psicoeducación sobre modelo de la conexión cerebro-intestino, reaseguro y algunos cambios dietarios y en las condiciones vida.

Los psicólogos generalmente asistiremos al 30% de los pacientes que cursan con sintomatología moderada y severa.

Síntomas moderadamente severos

• 25% de los pacientes.

• Distrés psicológico común asociado con la sintomatología.

• Los síntomas están relacionados con alteraciones en la fisiología intestinal y el tránsito.

• Tratamientos psicológicos ayudan a manejar los síntomas y reconocer la relación con los disparadores.

Síntomas severos y refractarios

• 5% de los pacientes tiene síntomas severos y refractarios.

• Dolor constante y asociado al distrés psicológico (depresión).

• Pueden no establecer claros enlaces entre el distrés psicológico y su sintomatología.

• Referidos a profesionales psicólogos o psiquiatras y a centros del tratamiento del dolor.

Resultados y conclusiones

¿Cuál es la evidencia de la eficacia de estas terapias?

En múltiples estudios[16, 17, 18, 19, 20] para el colon irritable sustentados por terapias multicomponentes se observó:

- ❖ Los paquetes de TCC mejoran los síntomas GI y el estrés psicológico relacionado con los síntomas.
- ❖ La TCC resultó superior o similar al solo tratamiento médico con antiespasmódicos o agentes de fibra.
- ❖ LaTCC en grupo mejora los síntomas depresivos, la necesidad de aceptación social, la evitación y los puntajes en los registros diarios de síntomas.

"Paciente difícil"

Finalmente, ¿por qué se considera a este paciente un "megapaciente"?

- Por los altos grados de depresión y ansiedad
- Gran intensidad de síntomas
- Estrés crónico
- Abuso sexual. (Si lo hubo en los estadios tempranos, la persona puede desarrollar un incremento en su sensibilidad corporal,

y tener un menor umbral de tolerancia al dolor)
- Causa desconocida

Beneficios de la terapia psicológica

Entre otros, la implementación de la terapia psicológica podrá posibilitar los siguientes alcances:

- Detectar los factores desencadenantes de las crisis.
- Aprender a ser más conscientes de los propios pensamientos, sentimientos, creencias y emociones que perpetúan el trastorno.
- Aprender métodos de afrontamiento para manejar mejor el estrés y la tensión emocional.
- Conseguir cambios más estables y profundos al modificar el comportamiento frente a la enfermedad.
- Mejoría de la calidad de vida en general.

Concluimos el presente trabajo con el testimonio de una paciente que finalizó uno de nuestros procesos grupales. En dicha ocasión, Marcela escribió como devolución del mismo:

- "Aprendí a identificar mis pensamientos, a diferenciarlos de mis sentimientos, y así entender el sentido de algunas de mis conductas. Me resultó muy interesante poder discriminar mejor las áreas de estrés en mi vida y cobrar recursos para poder con ellas... En definitiva, esto me permite confiar en que, cuando sea vieja, mis malestares no van a empeorar si logro modificar la forma de ver lo que me pasa y cómo me relaciono con los demás."

Referencias bibliográficas

1. **Whorwell PJ, McCallum M, Creed FH, et al.** Non-colonic features of irritable bowel syndrome. Gut 1986; 27 (1):37-40.
2. **Thompson WG.** Irritable Bowel Syndrome: Prevalence, prognosis and consequences. CMAJ 1986; 134(2):111-3.
3. **Thompson WG, Heaton KW, Smyth T, et al.** Irritable bowel syndrome: The view from general practice. Eur J. Gastroenterol Hepatol 1997; 9(7):689-92.
4. **Switz DM.** What the gastroenterologist does all day. A survey of a state society´s practice. Gastroenterology 1976; 70(6):1048-50.
5. **Harvey RF, Salih SY, Read AE.** Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. Lancet 1983; 1(8325):632-34.
6. **Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al.** US, householder survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalence, sociodemography and health impact. Dig Dis Sci 1993; 38(9): 1569-80.
7. **Holmes KM, Salter RH.** Irritable bowel syndrome-a safe diagnosis. Br Med J 1982; 285:1533-4.
8. **Maxton DG, Whorwell PJ.** Use of medical resources and attitudes to health care of patients with "chronic abdominal pain"; Br J Med Econ,1992; 2:75-79.
9. **Blanchard E.** Irritable Bowel Syndrome –Psychosocial Assessment and Treatment. American Psychological Association, 2001.Washington, 2000, 373 p.
10. **Gutman S, Sfoggia C.** Tratamiento Psicológico para el Síndrome del Intestino Irritativo. Manual para terapeutas, Buenos Aires, 2002. (Inédito). 185 págs.
11. **Mayer EA.** Emerging Disease Model for Functional Gastrointestinal Disorders. American Journal of Medicine, 1999; 107(5A): 12S-19S.
12. **Mayer MD.** The Neurobiology of Stress and Emotion. Participate I.F.F.G.D,Vol.10, No 4, Winter 2001.
13. **Gutman S.** Cómo convivir con un Colon Irritable. Guía para pasar de la desesperanza a la autoasistencia. Ed. Akadia, Buenos Aires. 2002, 120 págs.
14. **Toner B, Segal Z, Emmott S, Myran D.** Cognitive-Behavioral Treatment of Irritable Bowel Syndrome, The Brain-Gut Connection, Guillford, New York, 2000, 187 p.
15. Instituto de Gastroenterología Dr. Luis María Bustos Fernández, Bs. As. 1999.
16. **Svedlund J, Sjolin L, Ottoson J, et al.** Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. The Lancet 1983; 2(8350): 589-592.
17. **Guthrie E, Creed F, Dawson D et al.** A controlled trial of psychological treatment of the irritable bowel syndrome. Gastroenterology,1991.100(2):450-457.
18. **Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB.** Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. The Lancet, 1984; 2(8414):232-1234.
19. **Corney RH, Stanton R, Newell R, et al.** Behavioral Psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome, Journal of Psychosomatic Research 1991. 35(4-5):461-469.
20. **Vollmer A, Blanchard EB.** Controlled comparison of individual versus group cognitive therapy for irritable bowel syndrome, Behavior Therapy, 1998. 29:19-33.