

INTERVENCION CONDUCTUAL EN EL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE: DOS ESTUDIOS CLINICOS

M^a del Carmen GONZALEZ RATO; Elena GARCIA VEGA y
Concepción FERNANDEZ RODRIGUEZ

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

Se aborda el tratamiento en el Síndrome de Intestino Irritable (S.I.I.) a partir de los resultados obtenidos por investigaciones previas, que destacan la eficacia del entrenamiento en Manejo de Contingencias y en el Manejo de Estrés en aquellos pacientes cuya sintomatología no remite ante la intervención médica tradicional. En dos estudios clínicos se ilustran ambos procedimientos y se discuten las variables conductuales que aconsejan un tipo u otro de intervención y se asocian a una evolución favorable de este cuadro clínico.

Palabras clave: Síndrome de intestino irritable; Manejo de contingencias; Manejo de estrés.

Behavioral intervention in irritable bowel syndrome; two study cases. Taking account obtained outcomes from primer investigations, treatment in Irritable Bowel Syndrome (I.B.S.) is studied. Those investigations have pointed out training efficacy in "Contingency management" and "Stress management" in that patients whose sintomatology within traditional medical intervention doesn't remit. Both procedures with two cases study are illustrated hitw behavioral variables that advise one or another behavioral intervention and are discussed and associating this with a I.B.S. positive development.

Key words: Irritable bowel syndrome; Contingency management; Stress management.

El Síndrome de Intestino Irritable (S.I.I.) es una alteración gastrointestinal caracterizada por la presencia continúa o recurrente de dolor abdominal y la alteración del hábito intestinal, y sin que hasta el momento se reconozca una causa orgánica que explique este trastorno (Drossman, 1981).

La prevalencia del S.I.I. es elevada, se cifra entre el 10% y el 20% de la población

general y entre el 30% y el 70% de la población que acude a digestivo (Bommelaer, 1990; Drossman, 1988; Harvey, 1983; Sandler, 1990; Whitehead, 1990).

Para un elevado porcentaje de pacientes, el tratamiento médico convencional no resuelve este cuadro distintivo, bien no mejoran, o bien tras una mejoría inicial reaparecen los síntomas y vuelven a consultar, exigiendo mejores explotaciones diagnósticas y

recursos terapéuticos con la consiguiente repercusión económica y sanitaria, además del malestar personal. (Johnsen, 1986).

Son conocidas las implicaciones de factores psicológicos en la aparición y empeoramiento de la sintomatología. En muchos casos han recibido diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (Welch, 1985; Helzer, 1984; Craig, 1984;). Sin embargo, la incidencia no es mayor que en controles sanos. Tampoco ha sido posible reconocer un perfil de personalidad específico de estos pacientes a excepción de unos valores más altos en neuroticismo (Esler y Goulstein, 1973; Latimer, 1981), y un patrón de conducta denominado "Comportamiento aprendido de enfermedad crónica" (Whitehead, 1982), caracterizado por la tematización de la enfermedad en las conversaciones, las continuas referencias de dolor y malestar, la toma de medicación, las visitas al médico y la incapacidad desproporcionada con los hallazgos de la exploración física.

Estas consideraciones sugieren un carácter aprendido de las manifestaciones en que consiste el S.I.I. (Latimer, 1983; Fernández Rodríguez, 1990, 1992). Así, y en tanto que se sostiene que lo que realmente diferenciaría, al menos a algunos de estos pacientes, son las manifestaciones de dolor mantenidas por atenciones y ciertas ventajas sociales, sería posible identificar pacientes en los que la ocurrencia de las molestias estuviese mantenida por reforzamiento social. En favor de este carácter operante del S.I.I. se aportarían los datos relativos a una presencia más intensa de reforzamiento (particularmente en el ámbito familiar) de las enfermedades y complicaciones somáticas de los pacientes de S.I.I. respecto a los pacientes de digestivo orgánicos. En consecuencia, parecería lógico que el manejo de las contingencias de reforzamiento dirigido a la disminución de la atención social ante todas las manifestaciones sintomáticas y el aumento de otras actividades incompatibles

y funcionales para el paciente permitiera reducir y/o eliminar las manifestaciones sintomáticas.

Por otra parte, este planteamiento asume también la conocida reactividad intestinal de estos pacientes, especialmente en condiciones estresantes, y sugiere que esta condición podría favorecer el condicionamiento y elicitación de respuestas intestinales alteradas en situaciones inicialmente neutras aunque asociadas a los contextos amenazantes (Ej. la víspera de un examen).

La susceptibilidad al condicionamiento respondiente de la motilidad intestinal permite entender la actividad sintomática en situaciones desprovistas de estrés. En este caso sería posible identificar pacientes cuya sintomatología fuese desencadenada en situaciones específicas, así parecería razonable que estos casos se beneficiarían de un entrenamiento en manejo de estrés, según las técnicas establecidas en otros ámbitos de la modificación de conducta.

De acuerdo con estas especificaciones se han abordado dos casos clínicos que ejemplifican los supuestos del modelo conductual del S.I.I.

CASOS CLINICOS

En ambos casos el diagnóstico se realizó por los gastroenterólogos del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Nuestra Señora de Covadonga de Asturias, en base a la presencia de sintomatología característica del S.I.I., de acuerdo a los criterios de Manning 1978, y a la exclusión de patología orgánica (mediante diversas pruebas médicas: analíticas, endoscopias, etc.).

La intervención se aplicó semanalmente en sesiones de 1 hora de duración. Los primeros 15 días fueron de Línea Base, con el fin de obtener información para elaborar el análisis funcional, a partir del cual establecer los objetivos de intervención.

La valoración cuantitativa de la frecuencia e intensidad de sintomatología se obtuvo a partir de autorregistros diarios de los pacientes. Se contabilizó la "*Frecuencia media*" de ocurrencia de cada síntoma (n° de periodos sintomáticos/ n° total de periodos registrados) y la "*Intensidad media*" (Suma total de la intensidad subjetiva del síntoma percibido por el paciente (siendo poco = 1, bastante = 2 y mucho = 3) / n° total de periodos sintomáticos percibidos).

1^{ER}. CASO TRATAMIENTO DEL S.I.I. MEDIANTE "MANEJO DE CONTINGENCIAS"

Se trata de una mujer de 38 años, casada y con dos hijos.

Cosultó por primera vez en 1986, por problemas de estreñimiento y dolor abdominal. El resultado de la exploración médica fué "Normal". Consulta nuevamente en 1990 a causa de fuertes dolores abdominales y se le diagnosticó S.I.I.

En la primera consulta con el psicólogo la paciente refiere dolor abdominal, estreñimiento y dispepsia. La aparición de las primeras molestias coincidió con el nacimiento de su segunda hija. Por entonces le diagnosticaron "Depresión" (lloraba continuamente y padecía cefaleas), recibiendo diversos tratamientos psiquiátricos. Actualmente no toma ninguna medicación excepto analgésicos para aliviar las cefaleas. La paciente relaciona su sintomatología con el tipo de alimentación, por lo cual se ha autoimpuesto una dieta.

LÍNEA BASE. Se empleó una entrevista semiestructurada para conocer la anamnesis del S.I.I. e indagar acerca de los factores precipitantes de la sintomatología y de las contingencias de reforzamiento.

Se le proporcionó información sobre la motilidad intestinal y el S.I.I., con la finalidad de corregir sus errores respecto a la

normalidad/anormalidad del tránsito intestinal a la vez que se define la intervención como un reaprendizaje (del sujeto y familiares) de conductas más adaptativas.

La paciente fue entrenada, mediante modelado y ensayo de conducta, a cumplir autorregistros diarios, en los que anotaba la presencia de los síntomas, la intensidad subjetiva percibida y las condiciones ambientales y personales en las que ocurría.

Las características detectadas a través del análisis funcional se relatan a continuación:

Dolor abdominal focalizado en el lado izquierdo, que habitualmente se presentaba después del almuerzo, con una intensidad media. Por lo general, aparece acompañado de dispepsia. Siempre en estas ocasiones la paciente abandona cualquier tarea y se acuesta.

Otras condiciones que desencadenan la aparición de dolor son oír noticias de muertes o accidentes (TV, conversaciones). Aunque generalmente evita estas situaciones, una vez que ocurren llora y se lamenta de sus molestias.

También obtiene siempre la atención y el apoyo de su marido y/o familiares preocupados por su "sensibilidad y sufrimiento ante las desgracias ajenas". Una circunstancia más relacionada con el dolor y que también le genera ansiedad e indecisión es hablar con desconocidos (Ej. empleados empresa familiar). Además cualquier infracción a su dieta autoimpuesta le produce molestias a los pocos minutos. No obstante habitualmente evita ciertos alimentos que asocia a los síntomas.

Otro de los síntomas que presenta la paciente y que se agrava en situaciones estresantes es el estreñimiento, generalmente utiliza laxantes.

Por otra parte, la paciente se ocupa a diario del cuidado de la familia y reconoce no disponer apenas de actividades cotidianas

gratificantes (se pasa el día sólo con su hija pequeña), manteniendo escasos contactos sociales.

TRATAMIENTO

Los objetivos de las sesiones de entrenamiento se orientaron a eliminar las conductas de enfermedad (quejas y llanto, inhibición y abandono de actividades, voz suave, caminar encorvada, etc.) e implantar conductas más adaptativas.

El instrumento básico de trabajo fué el *contrato de contingencias* (O'Banion y Whaley, 1981). Se convino semanalmente con el sujeto y su pareja la conducta que se deseaba establecer y las gratificaciones que, de manera contingente, ambas partes recibirían, y en caso de incumplimiento, la sanción a aplicar.

Durante todo el tratamiento, la paciente cubría diariamente autorregistros de síntomas y de conductas especificadas en el contrato, con una doble finalidad. Por una parte, constatar los progresos de la intervención y por otro lado, proporcionar feedback al sujeto sobre la modificación de sus repertorios conductuales y su relación con la sintomatología.

1^a sesión:

Puesto que el dolor se presentaba el 57,1% de las veces después de las comidas, momento en que la paciente abandona toda actividad y se acostaba, se propuso la realización de conductas alternativas a la inactividad física, a la vez que se pretendía aumentar la comunicación entre la pareja (el aumento de comunicación funcionaba como reforzador).

Se elaboró un Contrato de Contingencias en el que se establecía no acostarse después de comer, momento que emplearía en una tarea que le gustaba enormemente realizar (coser vestidos a su hija).

Al principio le resultó difícil dejar de acostarse y se sentía cansada durante todo el día. Sin embargo, las consecuencias convalidadas tuvieron un alto valor reforzante. (Si realizaba lo anterior su marido conversaba con ella, por lo menos, 15 minutos al llegar a casa).

2^a sesión:

La paciente siguió realizando tareas alternativas a la inactividad física según se estableció en la semana anterior. Además se iniciaron verbalizaciones de bienestar físico y se redujeron las conductas de evitación, relacionadas con las manifestaciones de dolor, ante noticias de muertes en la radio o televisión. Al principio se le entrenó en comentar positivamente las noticias.

Se elaboró un contrato de contingencias por el que ella se comprometía a ver el telediario todos los días en compañía de su pareja y a escuchar las noticias desagradables, comentándolas con él en voz alta. Obtenía, al menos, 10 minutos de frases agradables y muestras de cariño después de terminar el telediario. El marido conseguía un recibimiento efusivo, sin malas caras, ni riñas cada vez que llegaba a casa. En caso de que el paciente no comentara las noticias en voz alta y positivamente, su conyuge no le prestaba la atención convenida la semana anterior.

Gran parte del tiempo semanal, estuvo inquieta, preocupada, por la asistencia a un funeral. Le refería a su marido que no se sentía capaz de enfrentarse a dicha situación y salir airoso. Comentarios que su esposo corroboraba, animándola a no acudir.

3^a sesión:

Se mantuvieron los objetivos de la sesión anterior, pero incidiendo en la falta de afrontamiento ante la situación de acudir al funeral. Esta circunstancia no sólo

INTERVENCION CONDUCTUAL EN EL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

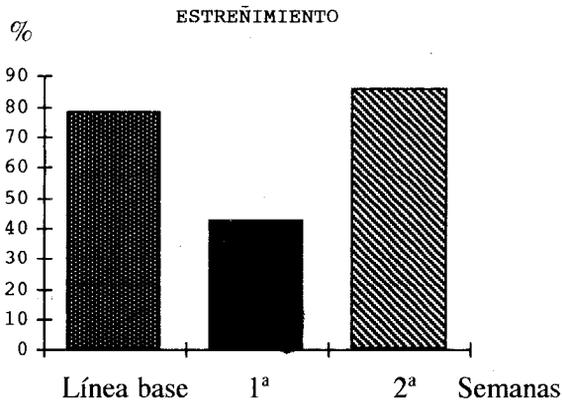
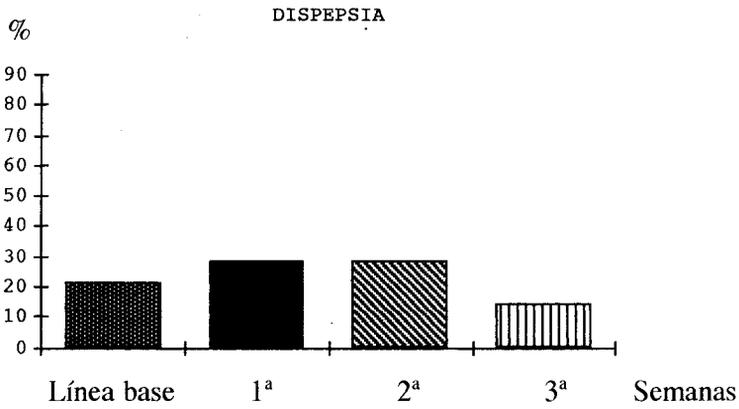
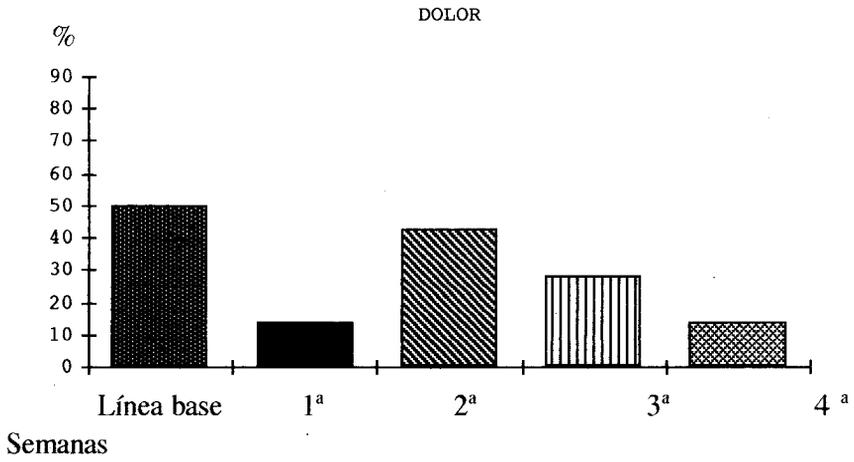


Gráfico 1: Frecuencia de la Sintomatología

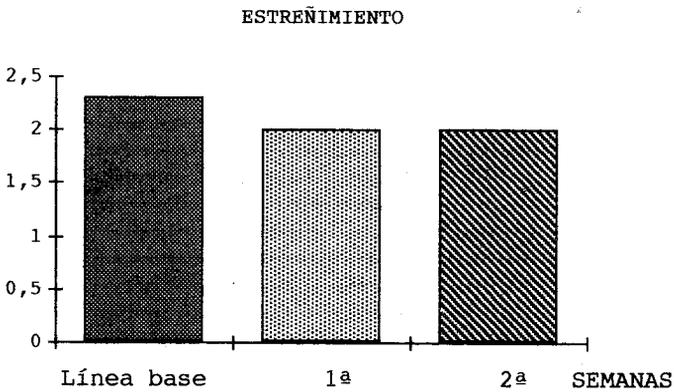
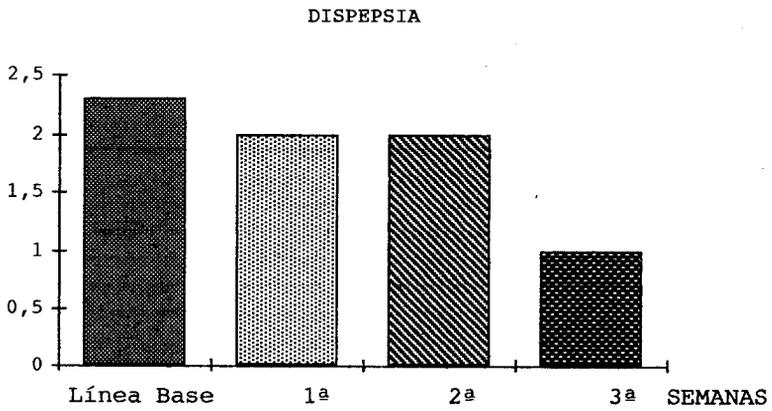
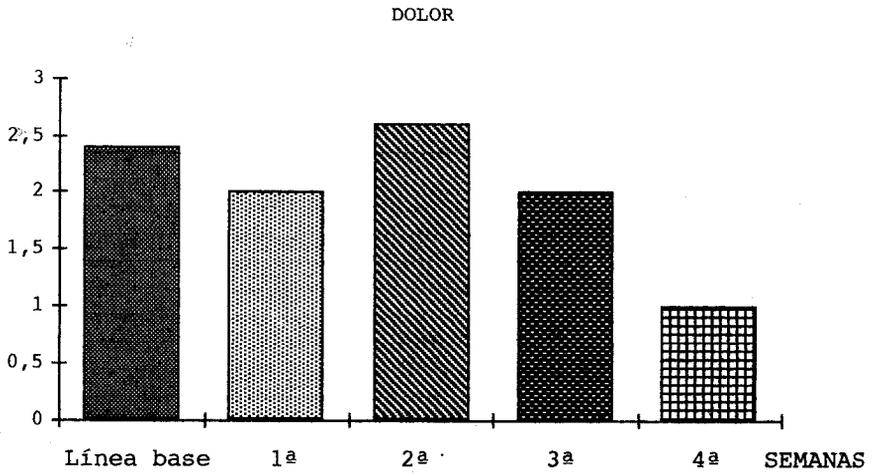


Gráfico 2: Intensidad de la Sintomatología

se relaciona con dolor, sino también con estreñimiento.

Se hizo un nuevo Contrato Conductual en el que se ajustó la asistencia al funeral a una actividad muy grata. A la vez que reducía el malestar, centrando su atención en las conductas de su hija. De este manera, se interfería de algún modo la presencia de pensamientos negativos acerca del difunto y de su viuda.

4ª sesión:

En este momento ella misma comenzó a introducir alimentos que antes evitaba sin experimentar dolor. Por otra parte, cumplió el Contrato Conductual iniciando conversaciones con sus vecinos y con los empleados de su marido.

Su principal problema consistía en "no saber de qué hablar" dificultad que se subsanó entrenándola en habilidades de conversación.

En el Contrato de Contingencias, se estipuló que mantuviese todos los días una conversación con un vecino o con los empleados de su marido. Este se comprometía a salir media hora antes del trabajo, a cambio el salía un día a la semana con los amigos sólomente si cumplía el contrato.

5ª sesión:

Se sugirió que aumentase sus actividades gratificantes y sus relaciones sociales, pero sin convenirlo mediante un Contrato Conductual. Decide por su cuenta asistir a una autoescuela y frecuentar las visitas con una amiga. Se mantuvo el Contrato de Contingencias de la semana anterior.

6ª sesión:

Se hizo una revisión de las conductas implantadas durante el tratamiento, y se observó como se había eliminado: el dolor, la

dispepsia, el estreñimiento, las quejas ante el marido, la evitación de situaciones sociales, la inhibición motora y el seguimiento de la dieta; y a la vez, habían aumentado sus actividades gratificantes.

Seguimiento:

Al finalizar la terapia fué revisada por el gastroenterólogo, el cuál corroboró la eliminación de la sintomatología digestiva. Tres meses después de finalizado el tratamiento se contactó telefonicamente con la paciente, la cual refirió estar asintomática.

RESULTADOS

En las gráficas nº 1 y nº 2 se recogen la evolución de la frecuencia e intensidad subjetiva percibida de los síntomas digestivos característicos del S.I.I. a lo largo de las distintas sesiones de tratamiento según los autorregistros del paciente.

A lo largo de todas las sesiones se registraron también las conductas que manifestaba el paciente durante la consulta. Esta paciente mantenía muchos comportamientos de enferma: quejas verbales, postura tensa, caminar encorvado, expresión triste, temblor, sudor, rubor, llanto, y merece especial atención la suavidad de la voz, apenas audible, que hacía dificultoso entender lo que decía. La mayoría de estas conductas remitieron a partir de la 3ª sesión, cuando la sintomatología comenzó a reducirse.

En la gráfica nº 3 se analizan las conductas de enfermedad antes y después del tratamiento. Remitieron las verbalizaciones de dolor, el llanto, la inhibición motora después de las comidas y las cefaleas. Disminuyó la evitación de las situaciones sociales. En el Manejo de Contingencias se trabajaron directamente: la inhibición motora, las verbalizaciones de dolor, la evitación de relaciones sociales y el aumento de actividades gratificantes.

	FRECUENCIA PRE-TRATAMIENTO	FRECUENCIA POST-TRATAMIENTO
ESTIMULOS ANTECEDENTES		
Riñas	Alta	Media
Dieta autoimpuesta	Muy alta	Baja
Pensamiento negativo	Muy alta	Baja
CONDUCTA PROBLEMA		
Verbalizaciones dolor	Alta	Baja
Llanto	Media	Inexistente
Cefaleas	Muy alta	Inexistente
Insomnio	Muy alta	Muy alta
Inhibición motora después de la comida	Muy alta	Inexistente
Evitación relaciones sociales	Muy alta	Baja
CONSECUENTES		
Atención social ante Conductas de enfermedad	Alta	Inexistente
Actividad social	Baja	Media
Actividad gratificantes	Baja	Media
Actividad propia	Baja	Alta

Gráfico 3: Análisis de conductas de enfermedad antes y después del tratamiento.

Respecto a los antecedentes de la sintomatología, disminuyó el seguimiento de la dieta autoimpuesta, y los pensamientos negativos, aunque en esto último no se intervino directamente.

En lo referente a las consecuencias, el marido eliminó su atención a las conductas de enfermedad. Y ella aumentó su actividad cotidiana, sus actividades gratificantes y sus relaciones sociales.

DISCUSION

La paciente mostraba, junto a la presencia de síntomas característicos, agitación, quejas y abandono actividades cotidianas, fundamentalmente mantenidas por atención social (especialmente familiar). En

consecuencia, se decidió la modificación de las contingencias de reforzamiento, bajo la fórmula de Contratos Conductuales, en el que se especificaran los cambios del comportamiento, y conductas alternativas.

Durante la segunda semana, el marido a pesar de las instrucciones, atendió en particular a sus quejas. En este periodo se exacerbó la sintomatología, por lo que al volver a consulta se instruyó al marido para no conversar con su mujer cuando comentase situaciones negativas y se convinieron las contingencias reforzantes para ambos, por escrito. Fue muy importante la colaboración del marido para el éxito terapéutico. No se acometió directamente las conductas gestuales de enfermedad (expresiones de dolor, caminar lento...) dado que resultaba más funcional

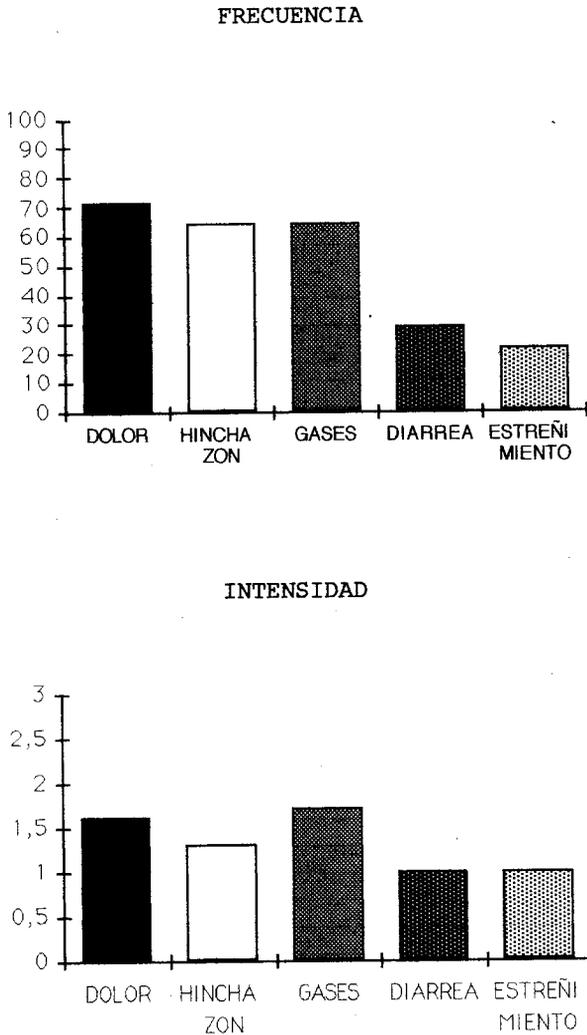


Gráfico 4: Frecuencia e intensidad de los síntomas en la Línea Base

implantar verbalizaciones de bienestar físico (por ejemplo comentar positivamente las noticias del telediario). Esto parece que dió lugar a una generalización desde las conduc-

tas verbales de dolor a las gestuales. Lo anterior confirmaría el caracter operante, al mantener las conductas de enfermedad mientras es reforzada mediante atención social.

Al tener que iniciar conversaciones con vecinos y desconocidos, la intranquilidad que ella relacionaba con su preocupación por no salir airoso de la situación, no le impidió enfrentarse tal y como sería previsible. La paciente en ese momento del tratamiento expresamente reconocía su confianza en el terapeuta, a causa de la eficacia en la reducción de la sintomatología y aceptó exponerse a la situación. Sin embargo, era de esperar que de haber emprendido el tratamiento por este objetivo no lo hubiera abordado, excepto que se utilizara alguna estrategia específica para reducir la ansiedad. Las primeras conversaciones le generaban bastante ansiedad. Se la instruyó para que ante las situaciones sociales que podía prever, escribiera en un papel como llevaría a cabo la conversación, como la iba a enfocar, de modo que sustituyera esas cogniciones negativas por la conducta alternativa de leer lo que iba a decir. Al final del tratamiento era capaz de hablar con desconocidos.

El llanto, la cefalea y el insomnio no se abordaron, pues no parecían prioritarios en el Análisis Funcional. Sin embargo, las dos primeras manifestaciones desaparecen coincidiendo con la mejoría de la sintomatología, mientras que el insomnio permanece, posiblemente por hallarse relacionado con problemas familiares (preocupación hija, padres, etc.) que no fueron acometidos. La disminución y/o eliminación de conductas inadecuadas, a pesar de no haber sido tratadas directamente se explica mediante el aprendizaje de nuevos repertorios conductuales que pueden generalizarse a distintas situaciones.

Desde nuestra óptica, interesa indagar acerca de la relación entre determinados parámetros conductuales de los pacientes y las diferentes estrategias de intervención. En nuestro caso se observó como la participación de la familia en el tratamiento y el entrenamiento en Manejo de Contingencias parecen relacionados con el éxito terapéutico.

2^{do}. CASO TRATAMIENTO DEL S.I.I. MEDIANTE "MANEJO DE ESTRES"

Se trata de una mujer de 34 años, se ha separado recientemente de su marido y en la actualidad convive sólo con su hijo de 10 años. Dispone de un nivel de estudios medio y trabaja como secretaria en un centro comercial.

Refiere molestias digestivas desde los 16 años, con un comienzo paulatino. Consulta al gastroenterólogo por primera vez a los 18 años, siendo el resultado de la exploración Normal. Aunque no cesan los síntomas reconoce que durante años consideró secundario este problema frente a otras circunstancias personales (operación apendicitis, embarazo, cuidado del bebé).

Vuelve a consultar en 1986 por un problema de gases, y tras una nueva exploración catalogada como normal se le atribuye el problema a "nervios", recetándole unos tranquilizantes. A raíz de esta visita, comienza a practicar deporte, yoga, etc. Finalmente, consulta en 1990 donde se le diagnostica de S.I.I. y se le remite a tratamiento psicológico.

La sintomatología característica de este paciente en el periodo de línea base es dolor abdominal, hinchazón, gases y estreñimiento. Así mismo presenta respuestas de ansiedad antecedentes y consecuentes al síntoma.

LINEA BASE: Se siguió el mismo procedimiento que en el caso anterior, es decir una entrevista semiestructurada, cumplimentación de autorregistros e información sobre la motilidad intestinal.

En base al *análisis funcional* resaltamos las siguientes características:

—Condiciones antecedentes del síntoma. Cuando anticipa y/o se expone a una situación de estrés o "emocionalmente comprometida", tales como citarse con su marido, salir a cenar con amigos, salir a

cenar con su hijo y su compañero etc., existe una alta probabilidad de ocurrencia de algunas de las siguientes respuestas: ansiedad, (agitación), hinchazón y dolor abdominal, inquietud y pensamientos de temor a no poder contener los gases, quedar en "evidencia", y como consecuencia generalmente evita la situación.

—La presencia de acontecimientos estresantes y/o la pérdida de gratificaciones cotidianas, y/o la ineficacia percibida por el sujeto en diferentes situaciones y actividades cotidianas, se asocian y preceden a las siguientes respuestas: ingerir ciertos alimentos, insomnio, abandono y delegación de actividades y responsabilidades domésticas, incremento de la intensidad y frecuencia de los síntomas, consultas médicas frecuentes y no justificadas, especialmente al gastroenterólogo y al ginecólogo.

—Otros desencadenantes de la sintomatología se producen en la interacción del sujeto con algunas personas (madre, compañero, hijo...) que conocen su problema.

Así, su actual compañero se preocupa y la refuerza, y trata de evitarle situaciones y preocupaciones que cree le generan ansiedad, como por ejemplo: exceso de trabajo, salir con amigos de poca confianza por si le dan gases, evitar que hable con su ex-marido, etc.

Respecto a su hijo, ella nos refiere que le "obsesiona" la repercusión que la separación pueda tener en el niño, teme que no acepte a su compañero, como consecuencia está muy pendiente del comportamiento del niño, sobretodo en presencia del compañero.

Su ex-marido, le genera fuertes respuestas de ansiedad siempre que sabe que tienen que verse (antes, durante y después de la cita) esto incrementa la intensidad de sus síntomas. Respecto a la relación con sus padres, ella refiere que le ayudan mucho desde que se ha separado en el cuidado del niño, y en ocasiones cuando se en-

cuentra mal, delega tareas domésticas en su madre.

En el área laboral, algunas compañeras conocen su problema, aunque ella señala que es difícil que ellas puedan desempeñar su puesto, y por lo tanto rara vez delega por muy mala que se encuentre. Respecto de su superior inmediato se alegra de tener que venir a la consulta durante bastante tiempo para que él se entere de que no se encuentra muy bien, aunque no obtiene de él una atención o ventaja directa.

TRATAMIENTO

Nuestro análisis funcional sugiere la aplicación de un tratamiento de manejo de estrés con el objetivo de entrenar al paciente en técnicas efectivas para amortiguar los efectos fisiológicos del estrés, la extinción de respuestas de ansiedad condicionada y la mejora de sus habilidades de afrontamiento ante las situaciones provocadoras (entrevistas con el ex-marido, relación hijo-compañero...).

1ª sesión:

Con el fin de reducir las respuestas cognitivas de ansiedad, se examinan aquellas situaciones que el paciente percibe como amenazantes tratando de formular descripciones objetivas de las mismas. Así mismo se discuten las respuestas de afrontamiento del sujeto ante acontecimientos estresantes.

Se comienza el entrenamiento en relajación muscular progresiva según el programa descrito por Bernstein y Borkovek (1983). En esta sesión se realiza con 16 grupos musculares, entrenando al sujeto a discriminar sensaciones de tensión-relajación y a experimentar la relajación muscular profunda. Se conviene el entrenamiento en casa de los ejercicios de relajación.

Para reducir la respuesta fisiológica se le entrena también en respiración profunda,

conviniendo su puesta en práctica en aquellos momentos del día que ella considera que se encuentra "nerviosa" a causa de no poder contener sus gases.

2ª sesión:

La paciente refiere haber estado bastante nerviosa toda la semana a causa del exceso de trabajo y de su hijo al que tuvo que llevar al médico por que tenía unas extrañas manchas. Esto le produjo insomnio y tuvo que tomar tranquilizantes tres días de la semana. Se discuten ambas situaciones y su estrategia de afrontamiento.

Se determinan los momentos en que se han producido los gases, el dolor, la hinchazón (en el trabajo, con el niño, en el coche) se indaga sobre posibles respuestas motoras para aliviar el dolor (agacharse, en cuclillas) y otras estrategias que la alivian (tomar infusiones). Se continúa el programa de relajación.

3ª sesión:

Se elabora una jerarquía de acontecimientos estresantes, describiendo las situaciones con detalle, incluyendo lugares y personas, ordenando los ítems de mayor a menos (por ejemplo entrevistas con su ex-marido, donde tienen lugar, quienes están presentes).

Entrenamiento en relajación con 4 grupos musculares. Se utiliza el primer ítem de la jerarquía formando una representación clara de la situación (Salir con una amiga íntima de compras, temor a no encontrar un baño).

Se realiza una exposición gradual comenzando con los estresores menos amenazantes para potenciar nuevas habilidades y generar una sensación de confianza en sí misma. La situación descrita no es considerada por la paciente como muy amenazante. Utilizamos esta sensación de tensión para

empezar la relajación muscular. Se le pide que practique en situaciones reales.

4ª sesión:

La paciente ha practicado en situaciones reales obteniendo éxito. Ha salido a cenar con su compañero y unos amigos y apenas tuvo síntomas.

Exposición imaginada a nuevos ítems de la jerarquía de acontecimientos estresantes. Ensayos de afrontamientos a situaciones progresivamente más amenazantes. Se le pide que entrene en casa con estos nuevos ítems la relajación muscular.

5ª sesión:

La paciente ha estado asintomática durante toda la semana. Ha entrenado nuevos ítems, situación en la oficina con su Jefe, relación de su hijo y su compañero... Se analiza con ella cómo abordó la situación estresante, qué ocurrió exactamente, cómo lo logró, la ayudaron etc. Se insiste en los ejercicios de relajación y respiración y se le insta a que practique con nuevos ítems.

6ª sesión:

Continúa asintomática, ha generalizado conductas adquiridas a nuevas situaciones con éxito. Incluso ha variado su dieta, tomando alimentos que hasta el momento consideraba que le producían gases, aunque fué muy cautelosa no refiere ningún tipo de molestia.

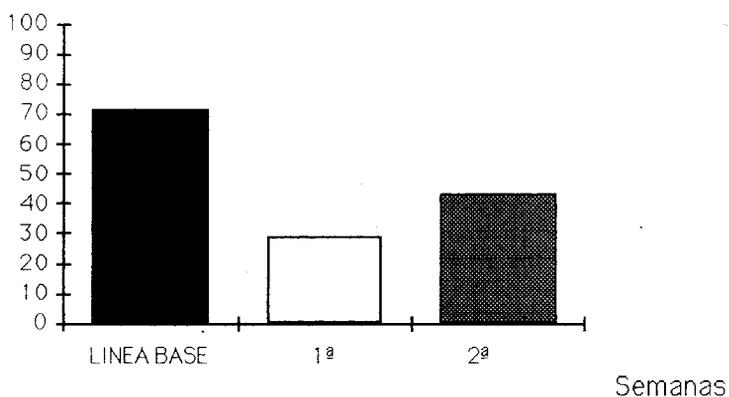
Seguimiento

Al cabo de tres meses de finalizado el tratamiento se contactó telefónicamente con la paciente que refirió continuar asintomática.

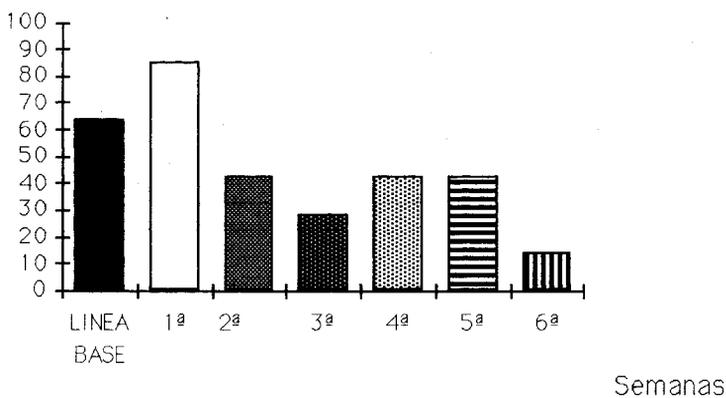
Así mismo se le citó para una revisión médica al cabo del mismo periodo, el gas-

INTERVENCION CONDUCTUAL EN EL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

DOLOR



GASES



ESTREÑIMIENTO

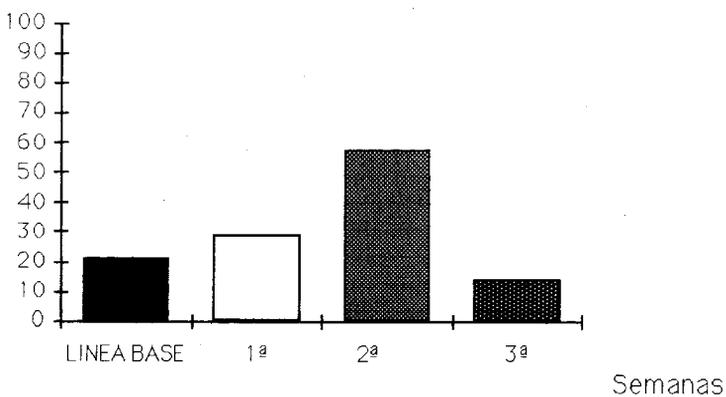
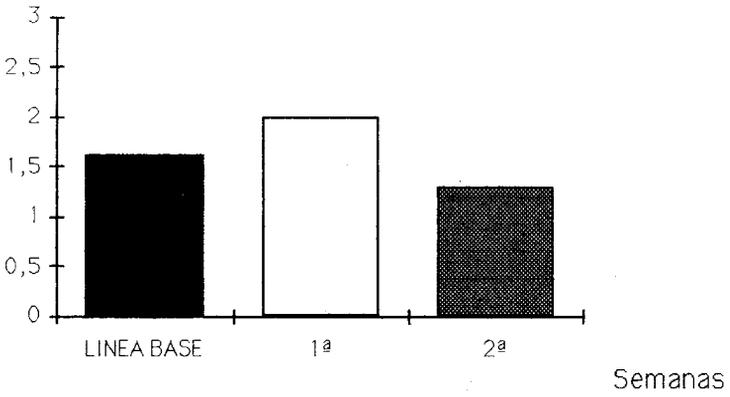
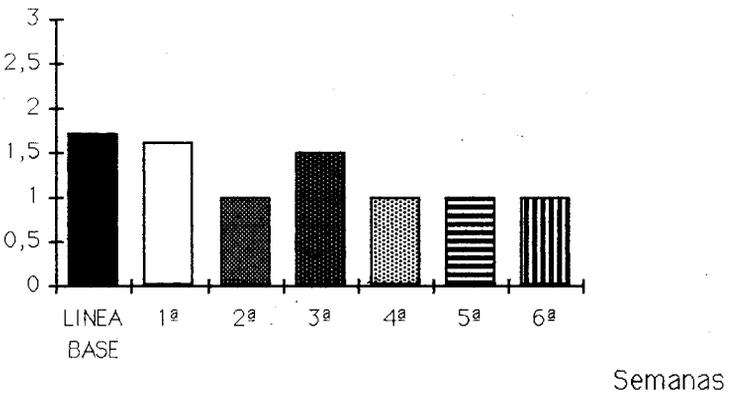


Gráfico 5: Frecuencia de la Sintomatología

DOLOR



GASES



ESTREÑIMIENTO

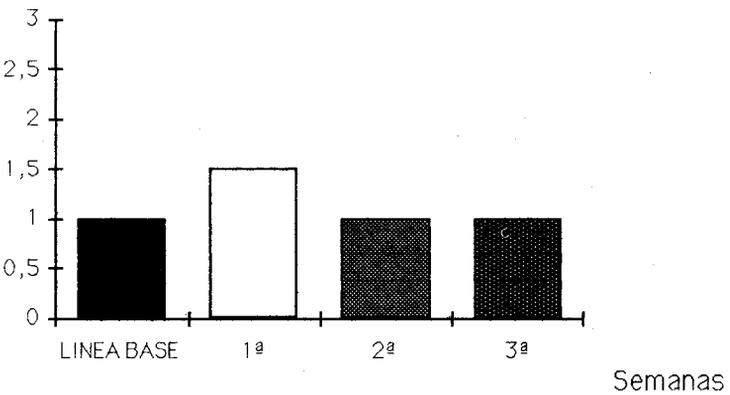


Gráfico 6: Intensidad de la Sintomatología

troenterólogo informó que la paciente no mostraba molestias digestivas ni necesidad de ningún tipo de medicación.

RESULTADOS

En las gráficas 5 y 6 se puede apreciar la evolución de los síntomas, a lo largo de las distintas sesiones de tratamiento, según la frecuencia e intensidad subjetiva percibida y reflejada en los autorregistros.

A lo largo de las sesiones se registraron las conductas que manifestaba la paciente durante el periodo de consulta, al igual que en el caso anterior. Esta paciente no mostraba comportamientos de enferma, por lo que no se considera relevante mostrar en este caso el cuadro de registro.

DISCUSION

La sintomatología característica del S.I.I. en esta paciente se asociaba a la presencia de determinados estímulos contextuales, cuya ocurrencia desencadenaba ciertas manifestaciones de ansiedad y un aumento en intensidad y/o frecuencia de síntomas, por otra parte la presencia continuada de sintomatología mantenía a su vez las respuestas de ansiedad. Por ello se considera el carácter respondiente de estas manifestaciones sintomáticas. En consecuencia, parecía idóneo un tratamiento en manejo de estrés.

La paciente mostraba respuestas de ansiedad condicionadas en los tres niveles de respuesta, motora, fisiológica y cognitiva. Tanto el entrenamiento progresivo en relajación muscular, por sus posibles efectos en la amortiguación de la actividad autonómica, como la desensibilización sistemática y la exposición directa a los estresores, contribuyeron a la extinción de dichas respuestas.

En colaboración con el paciente se elabora una jerarquía de ítems, que a continua-

ción se exponen de los más a los menos estresantes:

1. Entrevistas con ex-marido.
2. Relación hijo-compañero.
3. Relación familia compañero.
4. Relación amigos compañero.
5. Pasar mucho tiempo en el coche.
6. Exceso de trabajo.
7. Problemas escolares del hijo.
8. Enfermedades propias o del hijo.
9. Relación con sus padres.
10. Salir de compras, sólo o con amigos.

El objetivo es que el paciente aprenda a observar, incluso a prever, las señales de desazón, de modo que puedan convertirse en señales que produzcan respuestas de afrontamiento. Se estimula al paciente para que ensaye in vivo tareas concretas, observables, medibles, de forma gradual (salir de compras, salir a cenar con amigos) a su vez se reflejará en los autorregistros la norma de ejecución y frecuencia con que ha realizado las tareas.

Para consolidar las habilidades de afrontamiento del paciente se consideró relevante el reaprendizaje de conductas alternativas: entrenamiento en resolución de problemas, asertividad, habilidades sociales..., sin modificar expresa o intencionadamente las contingencias a las que el sujeto está sometido. Como ya se ha comentado en el anterior caso clínico, parece relevante determinar unos parámetros de evaluación que hagan susceptible a un paciente de una estrategia de intervención u otra. En este caso se consideró idóneo el entrenamiento en manejo de estrés dado el carácter respondiente de las manifestaciones sintomáticas, así como los escasos beneficios sociales y/o materiales que recibe por dichas manifestaciones.

DISCUSION

Los resultados de ambos casos clínicos están en consonancia con los hallazgos de

la literatura. En un estudio reciente (Fernández Rodríguez, 1989, 1990, 1992) se comparó la eficacia de distintos tratamientos psicológicos "Manejo de estrés", "Manejo de contingencias" en pacientes con S.I.I. en relación a la intervención médica tradicional y a una condición placebo. Los resultados se mostraron plenamente satisfactorios en la eliminación o reducción de la sintomatología digestiva y extradigestiva. El análisis multivariado resaltó la existencia de determinados parámetros asociados a mejoría.

Los pacientes entrenados en "Manejo de estrés", como ilustra el 2º caso expuesto, parecen mejorar cuando las respuestas de ansiedad se asocian a desencadenantes específicos de síntomas y además no recibían atención social y/o material ante sus manifestaciones sintomáticas. Sin embargo, con este tratamiento, aquellos sujetos que presentan un marcado cuadro de conductas de enfermedad y reciben atención social no consiguieron reducir la sintomatología (Fernández Rodríguez, 1992), y si por el contrario con Manejo de contingencias.

También cuando la ansiedad se relaciona con situaciones desencadenantes inespecíficas, especialmente sociales, donde se comprometen las propias habilidades de

"Coping" del sujeto, los pacientes sí parecen beneficiarse de un entrenamiento en Manejo de contingencias, lo que se pone en relación con la adquisición de nuevas estrategias que le ayuden a enfrentarse más adaptativamente a las situaciones desencadenantes de la sintomatología.

Asimismo, la disminución del reforzamiento social, ante las manifestaciones sintomáticas, acompañado del incremento de actividades incompatibles, en un alto porcentaje de casos parece reducir y/o eliminar los síntomas y las conductas de enfermedad, tal y como sucedió en el primer caso clínico, el cual eliminó la mayor parte del conjunto sintomático a partir de la 3ª sesión.

Nuestra actual investigación se orienta hacia la indagación de los parámetros comportamentales, clínicos y terapéuticos relacionados con la evolución de los sujetos.

En definitiva, el identificar aquellos parámetros que rentabilicen un determinado tipo de intervención psicológico (Manejo de Contingencias, Manejo de Estrés), permitiría construir instrumentos adecuados de diagnóstico clínico, en base a los cuales orientar al gastroenterólogo en su práctica diaria, evitando las costosas y numerosas pruebas que se realizan en la actualidad para diagnosticar a esta población.

REFERENCIAS

- Bommelaer, G., Rouch, M., Dapoigny, M. y Delasalle, P. (1990). Epidémiologie du syndrome de l'intestin irritable. *Gastroenterol Clin Biol*, 14, 9C-12C.
- Bueno-Miranda, F., Cerulli, M. y Schuster, M.M. (1976). Operant conditioning of colonic motility in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 70, 867.
- Christensen, M.F. y Mortensen, O. (1975). Long term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Archive Disease Children*, 50, 110-114.
- Craig, T.K. y Brown, G.W. (1984). Goal frustration and life events in the etiology of painful gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 411-421.
- Di cara, L.V., Baun, J.J. y Pappas, B.A. (1970). Classical conditioning and instrumental learning of cardiac and gastrointestinal responses following removal of neocortex in the rat. *Journal Comp Physiology and Psychology*, 73, 209-216.

- Drossman, D.A. (1988). Irritable bowel syndrome: A multifactorial disorder. *Hospital Practice*, 15, 119-133.
- Drossman, D.A., McKee, D.C., Sandler, R.S., Mitchell, M., Cramer, E., Lowman, B. y Burger, A. (1988). Psychosocial Factors in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 95, 701-708.
- Drossman, D.A., Sandler, R.S., McKee, D.C. y Lovitz, A.J. (1981). The prevalence of irregular bowel patterns in healthy young adults. *Gastroenterology*, 80, 1139. Editorial (1985). ¿Una mente irritable o un intestino irritable?. *Lancet*, 6, 278-280.
- Esler, M.D. y Goulston, K.T. (1973). Levels of anxiety in colonic disorders. *New England Journal Medicine*, 288, 16-20.
- Fernández Rodríguez, C. (1989). Tratamiento psicológico en el síndrome de intestino irritable. *Psicothema*, 1, 71-85.
- Fernández Rodríguez, C. (1990). Manejo de estrés y Manejo de contingencias en el tratamiento del síndrome de intestino irritable. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo.
- Fernández Rodríguez, C. (1992). Tratamiento psicológico del S.I.I.: parámetros conductuales de mejoría clínica. *Cuadernos de medicina psicosomática*.
- Fielding, J.F. (1977). The irritable bowel syndrome: clinical spectrum. *Gastroenterology*, 6, 607-621.
- Harvey, R.F., Salih, S.Y. y Read, A.E. (1983). Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology out-patients. *Lancet*, 1, 632-634.
- Helzer, J.E., Chammas, S., Norland, C.C., Stillings, W.A. y Alpers, D.H. (1984). A study of association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology*, 86, 324-330.
- Johnsen, R., Jacobsen, B.K. y Forde, D.H. (1986). Asociación entre los síntomas del colon irritable y las condiciones psicológicas, sociales, y tipo de vida. *British Medical Journal (edición española)*, 1, 63-68.
- Klein, K.B. (1988). Controlled treatment trials in the irritable bowel syndrome: A critique. *Gastroenterology*, 95, 232-241.
- Latimer, P.R. (1983). *Functional gastrointestinal disorders. A Behavioral Medicine Approach*. Nueva York: Springer.
- Latimer, P.R., Sarna, S.K., Campbell, D. (1981). Colonic motor and mioelectrical activity: A comparative study of normal subjects, psychoneurotic patients and patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 80, 893-901.
- Linares Rodríguez, A. (1986). Síndrome del intestino irritable: Estudio epidemiológico, clínico y pronóstico. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.
- Manning, A.P., Thompson, W.G., Heaton, K.W. y Morris A.F. (1978). Towards positive diagnosis of irritable bowel syndrome. *British Medical Journal*, 2, 653-654.
- O'Banion, D.R. y Whaley, D.L. (1981). *Behavior contracting*. Nueva York: Springer.
- Oster, J. (1972). Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children. *Pediatrics*, 50, 429-436.
- Perez Alvarez, M. (1990). Síndrome de intestino irritable. En Buceta, J.M., Bueno, A. ed. *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- Perez Alvarez M. y Fernández Rodríguez C. (1991). Psicología del síndrome de intestino irritable. *Medicina Clínica*, 96, (15), 590-595.
- Sandler, R.S. (1990). Epidemiology of irritable bowel syndrome in the United States. *Gastroenterology*, 99, 409-415.
- Snape, W.J., Carlson, G.M. y Cohen, S. (1976). Colonic myoelectric activity in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 70, 326-330.
- Sandler, R.S., Drossman, D.A., Nathan, H.P. y McKee, D.C. (1984). Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology*, 87, 314-318.
- Thompson, W.G. (1984). The irritable bowel syndrome. *Gut*, 25, 305-320.
- Walker, E.A., Roy-Byrne, P.P., Katon, W.J., Li, L., Amos, D. y Jiranek, G. (1990). Psychiatric illness and irritable bowel syn-

- drome: a comparison with inflammatory bowel disease. *American Journal Psychiatric*, 147 (12), 1656-1661.
- Welch, G.W., Hillman, L.C. y Pomare, E.W. (1985). Psychoneurotic symptomatology in the irritable bowel syndrome: a study of reporters and non-reporters. *British Medical Journal*, 291, 1382-1384.
- Whitehead, W.E. (1985). Psychotherapy and biofeedback in the treatment of irritable bowel syndrome. En Read, N.W. ed. *Irritable bowel syndrome*. Londres: Grune and Stratton, 250- 260.
- Whitehead, W.E., Crowell, M.D., Bosmajian, L., Zonderman, A., Costa, P.T., Benjamin, C., Robinson, J.C., Heller, B.R. y Schuster, M.M. (1990). Existence of irritable bowel syndrome supported by factor analysis of symptoms in two community samples. *Gastroenterology*, 98, 336-340.
- Whitehead, W.E., Engel, B.T. y Schuster, M.M. (1980). Irritable bowel syndrome. Physiological and psychological differences between diarrhea-predominant and constipation-predominant patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 25, 404-413.
- Whitehead, W.E., Winget, C., Fedoravicius, A.S. Wooley, S. y Blacwell, B. (1982). Learned illness behavior in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer. *Digestive Diseases and Sciences*, 27, 202-207.
- Young, S.J., Alpers, D.H., Norland, C.C. y Wooddruff, R.A. (1976). Psychiatric illness and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 70, 162-166.