



Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio¹

Ruth Benasayag (*Universitat de Barcelona y Centro Médico Teknon de Barcelona, España*), Guillem Feixas² (*Universitat de Barcelona, España*), Fermín Mearin (*Centro Médico Teknon de Barcelona, España*), Luis Angel Saúl (*Universidad Nacional de Educación a Distancia, España*) y Esteban Laso (*Universitat de Barcelona, España*)

(Recibido 14 abril 2003/ Received April 14, 2003)

(Aceptado 3 julio 2003 / Accepted July 3, 2003)

RESUMEN. En este estudio descriptivo transversal se exploran algunas características cognitivas y sintomáticas de 13 pacientes consultantes con Síndrome del Intestino Irritable (SII) comparados con una muestra de 63 sujetos no consultantes sin síntomas del SII ni psicopatológicos. El 92% de los primeros cumple criterios para algún trastorno del eje I del DSM-IV y su diagnóstico principal puede agruparse en dos categorías: trastornos por ansiedad y por somatización. En conjunto, los pacientes con SII muestran más conflictos cognitivos detectados mediante la Técnica de Rejilla (TR) de Kelly que los sujetos normales. Considerando el subgrupo de trastorno por somatización, se observa una tendencia mucho más acentuada a mostrar mayor número de estos conflictos, así como una tendencia clara a presentar mayor polarización y, a su vez, menor complejidad cognitiva (diferenciación), con respecto tanto a los sujetos asintomáticos como a los diagnosticados por trastorno de ansiedad; por su parte, éstos muestran una menor autoestima.

PALABRAS CLAVE. Síndrome del Intestino Irritable. Técnica de rejilla. Constructivismo. Conflictos cognitivos. Autoestima. Estudio descriptivo transversal.

¹ Este trabajo forma parte del "Proyecto Multicéntrico Dilema" (www.usal.es/tcp) que a su vez está parcialmente financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (Ref. BSO2000-0661).

² Correspondencia: Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Pº Vall d'Hebrón, 171. 08035 Barcelona (España). E-mail: gfeixas@ub.edu

ABSTRACT. In this descriptive study some symptoms and cognitive characteristics of 13 patients consulting for Irritable Bowel Syndrome (IBS) are explored in comparison with a sample of 63 normal subjects. We found that 92% of the patients meet criteria for at least one of the Axis I of DSM-IV disorders. They can be clustered along two major groups: anxiety and somatization disorders. Overall, in patients suffering from IBS more cognitive conflicts appear as measured by Kelly's Repertory Grid technique in comparison with the normal sample. In the group of patients diagnosed with a somatization disorder a marked tendency to present with a higher number of conflicts, greater degree of polarisation, and less cognitive complexity (differentiation) can be observed in comparison to those patients diagnosed by an anxiety disorder. The IBS patients of this later group, on their part, yield lower self-esteem scores.

KEYWORDS. Irritable Bowel Syndrome. Repertory Grid Technique. Constructivism. Cognitive conflicts. Self-Esteem. Descriptive study.

RESUMO. Neste estudo descritivo transversal exploram-se algumas características cognitivas e sintomáticas de 13 pacientes em consulta para Síndrome do Cólon Irritável (SCI) comparados com uma amostra de 63 sujeitos normais. Dos primeiros, 92% cumprem critérios para alguma perturbação do eixo I da DSM-IV e o seu diagnóstico principal pode agrupar-se em duas categorias: perturbações de ansiedade ou perturbação de somatização. Em geral, os paciente com SCI apresentam mais conflitos cognitivos detectados através da técnica da grelha de repertório (GR) de Kelly que os sujeitos normais. Considerando o subgrupo com perturbação de somatização, observa-se uma tendência muito mais acentuada para mostrar maior número destes conflitos, assim como uma tendência clara para apresentar maior polarização e por sua vez menor complexidade cognitiva (diferenciação), quando comparados com os sujeitos assintomáticos ou com os diagnosticados com perturbação de ansiedade. Estes, por sua vez, mostram uma menor auto-estima.

PALAVRAS CHAVE. Síndrome de Cólon Irritável. Técnica da Grelha de Repertório. Construtivismo. Conflitos cognitivos. Auto-estima. Estudo descritivo.

Introducción

El Síndrome del Intestino Irritable (SII), antes conocido como colon irritable, es en la actualidad uno de los trastornos funcionales digestivos más comunes (Mearin *et al.*, 2001). Este término es, hoy por hoy, el más aceptado en la comunidad médica, debido a que hace hincapié en que se trata de un síndrome y no de una enfermedad, y a que las alteraciones motoras y sensitivas (y quizá otras) no se limitan sólo al colon sino también a otras partes del tubo digestivo, y que a menudo es parte de un trastorno más generalizado. El SII es causa de dolor y malestar, y puede alterar de manera importante la calidad de vida, pero no predispone a otros trastornos crónicos o potencialmente fatales, y no disminuye la esperanza de vida (Talley, 1994). La prevalencia del SII varía enormemente dependiendo del criterio diagnóstico utilizado. Así, si usamos criterios basados en la frecuencia de síntomas (criterios de Roma II), la prevalencia es menor que si utilizamos criterios basados únicamente en su presencia (criterios

de Roma I). La ausencia de afectación orgánica y la amplia variación de la sintomatología expresada por los pacientes, e incluso por un mismo paciente a lo largo del tiempo, explican la falta de marcadores diagnósticos claros para el SII. Esta es una de las principales razones por la que los estudios epidemiológicos, fisiopatológicos y terapéuticos resultan dificultosos. Así, el proceder diagnóstico en el SII se basa enteramente en las pautas comportamentales y las referencias verbales del paciente acerca de los síntomas. Las exploraciones físicas y las pruebas complementarias sólo influyen en la medida en que excluyen otras patologías (Mearin *et al.*, 2001). Entre el 5 y el 15% de la población general puede considerarse afectada de SII, aunque no todos requieren atención médica durante su evolución: las cifras varían entre un 30% (Drossman, McKee, Sandler, Mitchell, Cramer y Lowman, 1988) y un 75% (Mearin *et al.*, 2001), dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados y del sistema sanitario de cada país. En cualquier caso, según concluyen Mearin *et al.* (2001) no hay duda de que la importancia del SII viene dada por su alta incidencia y sus costes personales (calidad de vida) y sociales (absentismo laboral, consumo de fármacos, ocupación de consulta ambulatoria, pruebas clínicas, etc.).

Durante las dos últimas décadas se ha tratado de incrementar la atención hacia la investigación y cuidados clínicos en pacientes con SII. Lo primero que se ha intentado es cambiar la concepción de este trastorno, esto es, pasar de un modelo reduccionista encaminado a identificar una única etiología biológica subyacente a un modelo más integrador de la enfermedad (Drossman, 1999). En este enfoque de corte biopsicosocial, los síntomas pueden ser entendidos como fisiológicamente multideterminados (alteraciones en la motilidad intestinal, hipersensibilidad visceral, disfunciones en el eje cerebro-intestino) y modificables por influencias socioculturales y psicosociales. Por tanto, la enfermedad tendría causación múltiple, y múltiples también serían sus efectos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Una concepción así nos lleva a ciertas implicaciones clínicas como son, por ejemplo, que en el proceso diagnóstico de pacientes con SII debe considerarse el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de evaluar la salud o enfermedad de la persona. Por otra parte, también en el tratamiento deben considerarse los tres tipos de variables mencionadas, ajustando la terapia a las necesidades particulares de cada persona y, por último, cabría destacar la importancia de la relación paciente-clínico, ya que sabemos que una buena relación puede mejorar la adhesión al tratamiento, su efectividad y acortar el tiempo necesario para obtener el efecto deseado (Amigo *et al.*, 1998).

Aspectos psicológicos del SII

Son numerosos los estudios que evidencian que los estresores sociales, la historia de abuso físico y/o sexual y otros factores psicológicos, como la personalidad y los trastornos psiquiátricos, desempeñan un papel importante en la manifestación del SII (Benasayag, Feixas y Mearin, 2002; Drossman, Creed, Olden, Sveldung, Toner y Whithead, 1999; Gutman, 2003). En general, los pacientes con SII comparados con controles sanos obtienen puntuaciones superiores en trastornos de ansiedad, especialmente ansiedad generalizada y trastorno de angustia (Blanchard, 2001), así como en trastornos de somatización y trastornos del estado de ánimo como la depresión mayor (Lydiard, 1992;

Walker, Roy-Byrne, Catón, Li, Amos y Jiranek, 1990). Los estudios sobre el tipo de personalidad muestran que los pacientes con SII manifiestan más alteraciones que la población normal y que los enfermos con trastornos orgánicos (Drossman *et al.*, 1988). Los resultados no evidencian un perfil de personalidad específico del SII, a excepción de valores más altos en neuroticismo e introversión (Latimer, Sarna, Cambell, Larimer, Waterfall y Daniel, 1981). Un aspecto importante es el miedo a padecer una enfermedad maligna, como por ejemplo cáncer. Esto se observa en un 60% de pacientes con SII frente a un 30% manifestado por los pacientes con algún tipo de patología orgánica. De este 60%, sólo el 29% pierde este temor tras visitar a su médico (Thompson, Lonstreth, Drossman, Heaton, Irvine y Muller-Lissner, 1999), el resto inicia nuevas y reiteradas consultas a otros especialistas. Otra característica de los pacientes con SII es que a menudo relatan situaciones de estrés inmediatamente antes de que se instaure el trastorno. Esto ha llevado a investigar la prevalencia de sucesos vitales estresantes. Más del 50% relaciona la aparición de sus síntomas con la vivencia de algún suceso estresante tal como dificultad en el trabajo, muerte de algún familiar, intervenciones quirúrgicas, problemas de pareja, historia de abuso sexual, etc. (Creed, Craig y Farmer, 1988). En un estudio realizado por Drossman *et al.* (1988) en un grupo de pacientes con SII que requieren atención médica y otro grupo de sujetos afectados de SII que no necesitan de dicha atención, se observa que los primeros frecuentemente presentan exacerbaciones de su patología en situaciones de estrés y son los que visitan continuamente al médico sin hallar mejoría con la medicación; por el contrario, los sujetos con SII que no requieren atención médica presentan una actitud más positiva ante la enfermedad y una mayor estabilidad ante situaciones de estrés. Así, los autores concluyen que los rasgos psicológicos inicialmente asociados al SII no forman un patrón definido sino que se atribuyen a factores idiosincrásicos en cada caso. Esto condicionaría la forma de vivir y aceptar la enfermedad, y probablemente la respuesta a la medicación. De este modo, podríamos decir que un sector importante de los clínicos mantiene la opinión de que el trastorno es psicológico y subraya la importancia de los factores emocionales en la patogenia del SII. Por otra parte, están quienes sostienen que la ansiedad o la depresión son la consecuencia directa del sufrimiento experimentado durante años y generado por la propia enfermedad (*Lancet*, 1985). Quizá una hipótesis más acorde con el enfoque biopsicosocial, y que debería ser investigada con mayor profundidad, sería la de que ambas explicaciones pudieran ser complementarias, de tal forma que, una cierta predisposición psicológica puede favorecer la aparición de molestias intestinales y, a su vez, tales molestias pueden exacerbar dichos rasgos psicológicos originándose un círculo vicioso recurrente.

En definitiva, muchos de los casos que se dan en la población no tienen comorbilidad psiquiátrica; sin embargo, los que llegan a ser pacientes recurrentes tienen una incidencia superior de síntomas y trastornos psicológicos, siendo los más comunes los de ansiedad, de estado de ánimo y los somatomorfos.

Una perspectiva constructivista

El estudio de los procesos, estructuras y contenidos cognitivos en salud es un área en continuo auge, dada la reconocida importancia de estos factores en la etiopatogenia,

desarrollo, mantenimiento y terapéutica de numerosos problemas de salud mental y en una buena parte de los de salud física. Sin embargo, una de las áreas a las que se ha prestado menos importancia es la construcción subjetiva que de sí mismos y de su problema hacen los pacientes y/o usuarios de servicios públicos y privados de salud. Si tenemos en cuenta que cualquier actividad del sujeto está mediada por su propia construcción de la misma, parece obvio que es importante profundizar en el avance de los procesos, estructuras y contenidos que dan forma a dicha construcción subjetiva (Feixas y Villegas, 2000). Ello es particularmente relevante al planificar y desarrollar la intervención, puesto que cualquier propuesta de tratamiento deberá también ser construida por el propio sujeto, e integrada dentro de su sistema de construcción previo. En esta construcción juegan un papel relevante en el mantenimiento y la aceptación de pautas terapéuticas orientadas al cambio, los posibles conflictos cognitivos del propio paciente (Feixas, Saúl, Ávila-Espada y Sánchez, 2001; Feixas, Saúl y Sánchez, 2000). La noción de conflicto cognitivo hace referencia a las implicaciones a la vez positivas y negativas que tiene el síntoma para la persona que lo sufre. En estos casos, la alternativa deseada, es decir la dirección a la que el cliente quiere ir, tiene implicaciones negativas, por lo cual se resiste al cambio. Ryle (1979) denomina a esta estructura cognitiva un dilema implicativo. La persona a la hora de elegir entre el síntoma o vivir sin él se ve en un dilema, por cuanto que cualquiera de las dos alternativas tiene implicaciones positivas y negativas; es decir, el síntoma, aunque problemático, tiene consecuencias positivas y, por otro lado, abandonarlo puede suponer implicaciones negativas. Este tipo de conflictos se están investigando en múltiples trastornos psicológicos (Díaz, Feixas, Pellungrini y Saúl, 2001), pero hasta ahora no se habían investigado en problemas de salud física.

La Técnica de Rejilla (TR) o *Repertory Grid*, creada por Kelly (1955) en el contexto de su Teoría de los Constructos Personales (TCP), permite conocer estos constructos personales, y a través de ellos, evaluar la estructura y contenido del significado con el que las personas se relacionan, considerando que “una persona es lo que interpreta de sí misma y de los demás” (Pervin y John, 1999). A diferencia de otros instrumentos psicológicos, la TR evalúa los aspectos cognitivos y relacionales desde la propia construcción del sujeto; es decir, no pretende estudiar la personalidad según los constructos teóricos del investigador (por ejemplo, extraversión-introversión, locus de control, etc.), sino que se sitúa en una perspectiva centrada en la persona, y más específicamente, en el estudio de las teorías implícitas, que según la TCP están formadas por sus constructos personales (Botella y Feixas, 1998). La TR permite conocer aspectos tanto de significado como estructurales (de organización cognitiva), de imagen personal, de cercanía con los demás, etc., utilizando los constructos que las propias personas poseen, evitando, en lo posible, la intromisión de los significados del propio terapeuta o investigador (Feixas, 2003).

El presente estudio descriptivo de tipo transversal (Montero y León, 2002) tiene como objetivo explorar en pacientes que consultan por SII áreas no investigadas anteriormente; es, por tanto, un estudio piloto descriptivo que cuenta con una muestra reducida y poco homogénea, de forma que únicamente pretende ser una orientación de cara a trazar líneas de estudio futuras. En la redacción del trabajo se tuvieron en cuenta las pautas propuestas por Bobenrieth (2002).

Método

Muestra

La muestra está constituida por 13 pacientes, 12 mujeres y un varón diagnosticados de SII según criterios Roma II (véase la Tabla 1). Se han empleado estos criterios por ser más estrictos que los criterios Roma I al requerir no sólo la presencia de síntomas, sino considerar también su frecuencia. La edad varía entre los 19 y los 46 años, con una media de 32,92 años y una desviación típica de 9,45. Los pacientes consultaron en el Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos del Centro Médico Teknon de Barcelona, y fueron atendidos en el período comprendido entre marzo y junio de 2001 por la psicóloga del equipo como parte del tratamiento integral que se realiza en este centro.

TABLA 1. Criterios diagnósticos del SII (Roma II).

CRITERIOS ROMA II
<p>Por lo menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) en los últimos 12 meses de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor o molestia abdominal 2. Acompañado por dos o más de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a. Alivio con las defecaciones b. Asociado a cambios en la frecuencia de las deposiciones y/o consistencia de las heces c. Asociado con cambios en la forma o apariencia de las deposiciones
<p><i>Lista adicional de síntomas que dan soporte al diagnóstico del SII criterios Roma II</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de tres deposiciones por semana 2. Más de tres deposiciones por día 3. Deposiciones duras o “en bolas” 4. Deposiciones blandas o líquidas 5. Esfuerzo excesivo para defecar 6. Sensación de urgencia defecatoria 7. Sensación de evacuación incompleta 8. Eliminación de moco en las heces 9. Distensión abdominal

Con el fin de poder establecer comparaciones de los índices cognitivos (diferenciación cognitiva, autoestima, etc.) susceptibles de tratamientos estadísticos nomotéticos derivados de la TR y, en particular, los indicadores de conflicto cognitivo (dilema implicativo y constructos dilemáticos), se ha utilizado una muestra de 63 sujetos sin patología psicológica conocida, ni SII, que forman parte de la base de datos del Proyecto Multicéntrico Dilema ([http:// www.usal.es/tcp](http://www.usal.es/tcp)).

Instrumentos utilizados

- *Técnica de la Rejilla Interpersonal (TRI)*. Existen varias modalidades y diseños posibles de aplicación de la TR (Feixas y Cornejo, 1996). En este caso se llevó

a cabo una “rejilla interpersonal”. Como elementos de la misma se identifican entre 10 y 20 personas significativas (familiares, amigos) del mundo interpersonal del paciente, así como el “yo actual” y el “yo ideal” (como me gustaría ser). Los constructos, por su parte, se elicitan por díadas, de modo que se derivan de la formulación sucesiva de preguntas de similitud y diferencia entre diversos pares de elementos (personas). Con ello el paciente proporciona los constructos que son relevantes para dar significado a su mundo interpersonal de acuerdo con las distinciones que es capaz de trazar entre sus familiares y amigos (elementos). Una vez obtenidos los constructos, se aplican, uno a uno, a cada elemento en función de una escala tipo Likert de 7 puntos. El resultado de la prueba es una matriz numérica susceptible de ser analizada tanto a nivel cualitativo como cuantitativo (en este caso, mediante el programa informático *Record v. 4.0* desarrollado por Feixas y Cornejo, 2002).

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*. Este cuestionario evalúa la existencia o no de estados depresivos y la intensidad de los mismos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Procedimiento

La recogida de datos en la muestra normal la llevaron a cabo estudiantes de Psicología de la Universidad de Barcelona y la Universidad de Salamanca entrenados para administrar este instrumento. Estos datos se ingresan en la base de datos del Proyecto Multicéntrico Dilema y sirven como contrastación para diversos estudios coordinados. La evaluación de la muestra clínica se llevó cabo en tres sesiones diferentes. En la primera, se realizó una entrevista de anamnesis con el paciente en la que se recogieron los datos personales tales como el genograma, la historia clínica, etc. y se realizaron preguntas diagnósticas siguiendo los criterios del DSM-IV. Al final de la misma, se les entregaron los cuestionarios estándar que cumplimentarían en casa y traerían a la segunda sesión. La segunda sesión se dedicó por entero a la administración de la TRI. La tercera y última sesión se destinaron a concluir la evaluación diagnóstica.

Resultados

Los datos obtenidos en este estudio piloto descriptivo no se consideran ni generalizables ni concluyentes debido al reducido tamaño de la muestra. Sin embargo, pueden resultar informativos en cuanto a la observación de tendencias, que pueden ser indicativas para estudios posteriores en un área aún no explorada como ésta.

Comorbilidad del SII con diagnósticos del DSM-IV

Tal como se aprecia en la Tabla 2, parece ser muy alta la comorbilidad del SII con el eje I del DSM-IV en los pacientes con SII. De trece pacientes sólo uno no cumple criterios diagnósticos, y más de uno cumple criterios para más de un trastorno.

TABLA 2. Comorbilidad del SII con el Eje I del DSM-IV.

TIPO DE TRASTORNO	n
Trastorno de somatización (300.81)	6
Trastorno por ansiedad generalizada (300.02)	3
Trastorno depresivo mayor, recidivante de intensidad moderada crónico (296.32)	1
Trastorno hipocondríaco (300.7)	1
Trastorno por estrés postraumático (309.81)	1
Trastorno adaptativo con síntomas mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28)	1
Fobia social (300.23)	1
Sin comorbilidad	1

Nota: más de un paciente presenta varios diagnósticos.

Para explorar la existencia de algún tipo de relación con el síntoma predominante en el SII, distinguimos tres tipos de SII (diarrea, estreñimiento y alternante) y seleccionamos el diagnóstico psicológico principal (trastorno por somatización, trastorno hipocondríaco, trastorno por ansiedad generalizada y por fobia social) englobado en dos grandes bloques (somatización y ansiedad), no encontrando indicios de relación entre el síntoma predominante en el SII y el tipo de trastorno psicológico (véase la Tabla 3).

TABLA 3. Frecuencias somatización-ansiedad vs. características del SII.

SII	<i>Somatización</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Sin trastorno</i>	<i>Total</i>
Diarrea	3	2	1	6
Estreñimiento	1	1	-	2
Alternante	3	2	-	5
Total	7	5	1	13

Respecto a la comorbilidad del SII con el eje II del DSM IV sólo un sujeto cumple criterios de trastorno de personalidad por evitación. En el eje III, todos los pacientes están diagnosticados de SII y no presentan ninguna otra enfermedad médica potencialmente relevante. En cuanto al eje IV, relativo a problemas psicosociales y ambientales, observamos en la Tabla 4 la alta incidencia que presentan los pacientes con SII en esta área, especialmente en problemas relativos al grupo primario de apoyo y en problemas laborales.

TABLA 4. Estrés psicosocial y ambiental (Eje IV, DSM-IV) en los pacientes con SII.

<i>Problemas psicosociales y ambientales</i>	<i>Frecuencia</i>
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	7
Problemas laborales	7
Problemas relativos al ambiente social	3
Problemas económicos	2
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal	1
Total	20

Nota: más de un paciente presenta varios problemas.

El Eje V del DSM IV, que valora el funcionamiento global del sujeto, permite al clínico evaluar la actividad psicológica, social y laboral del sujeto mediante el empleo de la escala de evaluación global (escala GAF), en un continuo salud-enfermedad mental con un valor máximo de 90 (máximo bienestar). El valor medio de la muestra con SII es de 80, lo que indica que presenta un nivel de funcionamiento global sólo moderadamente deteriorado.

Índices cognitivos derivados de la TRI

La discrepancia entre el «yo actual» y el «yo ideal», tal y como se manifiesta en la TRI, puede considerarse una medida de autoestima. Nos da una apreciación cuantitativa de cómo se valora la persona en sus propios términos, en contraste con las escalas tradicionales de autoestima que puntúan al sujeto de acuerdo con ítem preestablecidos por el investigador. Numerosos trastornos psicológicos se relacionan con una autoestima baja (Robson, 1988). Tal como muestra la Tabla 5, los pacientes de este estudio presentan una correlación «yo actual»-«yo ideal» menor que los sujetos normales, por lo que podría decirse que existe una ligera tendencia a que los pacientes con SII tengan una autoestima más baja que los sujetos normales.

El Porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor (PVEPF) resultante del análisis de correspondencias de la matriz de datos de la rejilla se considera un indicador de diferenciación, un exponente de la complejidad cognitiva (Feixas, López-Moliner, Navarro-Montes, Tudela-Marí y Neimeyer, 1992). El PVEPF indica la magnitud de la principal dimensión de significado. Si esta dimensión explica un gran porcentaje de la varianza, indica un cierto grado de unidimensionalidad del sujeto al construir su mundo interpersonal, puesto que los otros factores tienen menos peso; en cambio, en el caso de que el primer factor explique un porcentaje reducido de varianza, sugiere que otras dimensiones desempeñan también un papel en los procesos de construcción del sujeto (alta diferenciación). Los resultados de la Tabla 5 parecen indicar que los pacientes con SII muestran una tendencia a la unidimensionalidad a la hora de construir su mundo

TABLA 5. Selección de resultados de la Técnica de la Rejilla (medias y desviaciones típicas).

	<i>Normal</i> <i>n = 63</i>	<i>SII</i> <i>n = 13</i>	<i>Somatización</i> <i>n = 7</i>	<i>Ansiedad</i> <i>n = 5</i>
Número de dilemas	3,22 (5,21)	12,62 (14,74)	17,57 (16,50)	8,20 (11,67)
Constructos dilemáticos	1,95 (2,38)	3,77 (3,60)	5,71 (3,86)	1,60 (1,52)
Autoestima (correlación yo actual-yo ideal)	0,4198 (0,33)	0,3060 (0,38)	0,40 (,24)	0,11 (,52)
Diferenciación (PVEPF)	42,30 (11,06)	44,60 (14,05)	48,78 (16,69)	39,28 (10,31)
Polarización	23,47 (13,88)	28,83 (20,04)	35,87 (18,38)	19,86 (22,49)

interpersonal con respecto a la muestra normal. El uso de puntuaciones extremas, o polarización, se ha relacionado en la Teoría de Constructos Personales (TCP) con el grado de significación del constructo o del elemento. Sin embargo, la proporción total de puntuaciones extremas se ha considerado como una forma de rigidez cognitiva, la construcción polarizada. Los pacientes con SII (véase la Tabla 5) muestran una tendencia al pensamiento «todo o nada», es decir, a realizar puntuaciones más extremas o juicios extremos, mayor que los normales. Los conflictos cognitivos se aprecian a partir de dos tipos de indicadores derivados del análisis de la rejilla:

- El constructo dilemático identificado por una puntuación en el elemento «yo ideal» que se sitúa en el punto medio (4 en una escala tipo Likert de 7 grados), lo cual indica que la persona no tiene claro que alternativa del constructo es preferible. En la Tabla 5 vemos que en la muestra con SII los constructos dilemáticos tienden a presentarse en mayor proporción de casos así como en mayor número.
- El dilema implicativo se identifica al encontrar una correlación positiva entre un constructo congruente (no hay diferencias entre el “yo actual” y el “yo ideal”) y un constructo discrepante (sí existen diferencias significativas entre el “yo actual” y el “yo ideal”) en el sentido que el cambio deseado en el constructo discrepante (habitualmente motivo de consulta) implica un cambio no deseado en el congruente. Como podemos apreciar en la Tabla 5, existe un mayor número de dilemas en los pacientes con SII.

Comparando los resultados de las rejillas de los pacientes con SII en función del diagnóstico psicológico predominante (somatización o ansiedad) con la muestra normal observamos que gran parte de las diferencias observadas anteriormente parecen ser

debidas a diferencias dentro del propio grupo de pacientes con SII, exceptuando el número de dilemas que es muy superior a la muestra normal en ambos grupos (aún así, observamos una tendencia del grupo somatización a tener mayor número de dilemas así como de constructos dilemáticos). El grupo de somatización parece ser que tiende a construir su mundo interpersonal de una manera más unidimensional que el grupo de ansiedad. Tienden también a ser más polarizados en sus construcciones de significado. Sin embargo, parece que tienden a tener una mayor autoestima que el grupo de ansiedad. Un dato interesante es la similitud de las puntuaciones entre el grupo ansiedad y el normal. Por otro lado, se observa que, aunque ambos grupos presentan síntomas depresivos leves, en el grupo de los ansiosos esta tendencia parece ser algo superior. En los dos grupos los valores indican niveles moderados de depresión (véase la Tabla 6).

TABLA 6. Medias del Inventario de Depresión de Beck (BDI) en la muestra con SII por subgrupos (somatización versus ansiedad).

	<i>Somatización</i> <i>n=7</i>	<i>Ansiedad</i> <i>n=5</i>	<i>Total</i> <i>n=13</i>
Media	11	16,67	13,62
Desviación típica	12,64	17,01	14,46

Discusión

Como hemos podido observar, los resultados obtenidos en este estudio exploratorio sugieren que los pacientes con SII presentan una elevada comorbilidad con trastornos mentales del eje I del DSM-IV. Los diagnósticos psicológicos más frecuentes se enmarcan dentro de los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada y trastorno por angustia, principalmente) y los trastornos de somatización, estando presentes también trastornos del estado de ánimo como la depresión mayor. A raíz de este resultado, en el posterior análisis de datos, se ha tratado de hallar diferencias en función del diagnóstico psicológico predominante. Con relación a la administración del BDI, los pacientes con SII suelen presentar síntomas depresivos leves, mostrándose una tendencia a puntuaciones más elevadas en el grupo de trastornos de ansiedad que en aquellos con trastornos de somatización. Ello es congruente con el hecho de que este grupo presenta también indicios de una menor autoestima, rasgo bastante central en las tendencias depresivas. El resultado obtenido coincide con investigaciones previas en las que se sugiere que los pacientes con SII manifiestan más alteraciones psicológicas que la población normal y que los enfermos con trastornos orgánicos. Esta tendencia es especialmente notoria en las personas aquejadas de SII que consultan, como las del presente estudio, mientras que no se considera tan marcada en los que no consultan o lo hacen ocasionalmente. Por lo que se refiere a las correlaciones entre los tres subtipos de SII establecidos en función del síntoma predominante (diarrea, estreñimiento y hábito deposicional alternante)

con los dos bloques de diagnósticos psicológicos principales (somatización y ansiedad) no se observan diferencias significativas. Por tanto, serían necesarias futuras investigaciones con una muestra más amplia para determinar la relevancia que puede tener el tipo de síntoma predominante en relación con el diagnóstico psicológico, aunque no parece ser éste un aspecto determinante. Respecto al eje II, de nuestra muestra no se puede deducir que haya relación entre trastorno de personalidad y SII cumpliendo únicamente uno de los pacientes criterios diagnósticos de trastorno de personalidad. En relación al eje III, ninguno de los sujetos padece otra enfermedad médica relevante. La información proporcionada por el eje IV acerca de los problemas psicosociales y ambientales desglosados en cinco focos confirma la importancia de abordar el SII desde un enfoque biopsicosocial, tal como se enfatiza en la literatura (Amigo *et al.*, 1998). La muestra estudiada informa de un alto nivel de estos problemas relativos al grupo primario de apoyo y a los laborales. Parece ser que más del 50% de los pacientes con SII relata haber vivido situaciones de estrés inmediatamente antes de la instauración del trastorno. En relación con la evaluación del funcionamiento global (eje V) llevada a cabo mediante la administración de la escala GAF se desprende que la muestra presenta un nivel de funcionamiento global bastante bueno, mostrando sólo ciertas dificultades en algunas áreas. Sin embargo, hay que recordar que los estudios de calidad de vida realizados (Mearin *et al.*, 2001) muestran la naturaleza incapacitante de este trastorno.

Los resultados de la TR con respecto a aspectos cognitivos reflejan diferencias entre los valores presentados por los pacientes con SII y la muestra normal en todos los índices. Además, cuando se consideran por separado los pacientes con SII en función del diagnóstico predominante, trastorno de ansiedad y trastorno de somatización, observamos que parece haber una tendencia a presentar resultados divergentes en casi todos los índices. Este hecho remarca la importancia de considerar, de forma independiente, en posteriores estudios, a los pacientes con SII en función del diagnóstico predominante. Por lo que respecta a la presencia de conflictos cognitivos, apreciamos que son más frecuentes en los pacientes con SII que en la muestra normal. Se puede apreciar que este resultado se debe en gran parte a la elevada frecuencia de dilemas implicativos y constructos dilemáticos que suelen presentar los pacientes con trastornos de somatización, mientras que los diagnosticados de trastornos de ansiedad se mantienen en niveles similares a la muestra normal. Concretamente encontramos mayor número de dilemas implicativos en los pacientes con trastornos de somatización (media = 17,57), superando ampliamente a la media de los sujetos pertenecientes a la muestra normal (media = 3,22). Respecto a los pacientes con trastornos de ansiedad, en caso de presentar dilemas implicativos, se dan en mayor número que en la muestra normal (media = 8,20), mientras que el de constructos dilemáticos es similar al de la muestra normal. En cuanto al índice que muestra la autoestima (correlación “yo actual-yo ideal”), los valores obtenidos en los sujetos ansiosos (media = 0,11) parecen indicar una tendencia a presentar un bajo nivel de autoestima que no vemos reflejada en los sujetos somatizantes (media = 0,40), que tienen un valor similar al de la muestra normal (0,42). La diferenciación (medida con el PVEPF) tiende a ser menor en los pacientes con SII que en la población normal, y concretamente en los sujetos somatizantes. Este resultado nos conduce a pensar que podrían tener una tendencia a construir su mundo interpersonal de manera

más unidimensional que la población normal, contrastando con las puntuaciones en el PVEPF de los sujetos ansiosos, algo inferiores a la población normal. En cuanto al índice que informa de la polarización, cabe destacar que los pacientes con trastornos de somatización tienden a utilizar puntuaciones más polarizadas (media = 35,87) que ansiosos o normales, de lo que se desprende que tienden a ser más rígidos cognitivamente. De este modo, cuando se consideran los dos grupos de pacientes con SII establecidos en función del diagnóstico psicológico observamos que de modo muy tentativo se podría plantear que existe una tendencia distinta para cada uno de ellos. Los pacientes que presentan trastornos de somatización tienden a mantener un nivel normal de autoestima, posiblemente a costa de más rigidez y más conflictos cognitivos. En efecto, se aprecian con más frecuencia conflictos cognitivos y en mayor cantidad, tanto constructos dilemáticos como dilemas implicativos y mostrando también un sistema menos diferenciado y mayor rigidez cognitiva. En cambio, el grupo de pacientes con SII diagnosticados con trastornos de ansiedad parece mostrar procesos distintos que indican una autoestima baja, pero mayor similitud con los sujetos normales en cuanto a los aspectos estructurales de su sistema.

Conclusiones

Nuestra prevención a extraer conclusiones viene marcada por el reducido tamaño de la muestra, su heterogeneidad y a que las desviaciones típicas son elevadas. Sin embargo, consideramos que los resultados obtenidos apuntan una tendencia lo suficientemente marcada como para que resulte justificado llevar a cabo nuevos estudios de este tipo en que sean verificados con una muestra más amplia. Es preciso enfatizar el carácter exploratorio del estudio con vistas a llevar a cabo investigaciones más minuciosas que permitan confirmar, o no, las tendencias observadas. Sin embargo, los resultados obtenidos señalan la importancia del diagnóstico psicopatológico para comprender el funcionamiento cognitivo de los sujetos que consultan por SII. Esta variable parece ser independiente de la sintomatología preponderante. No obstante, sí que arroja diferencias bien marcadas en cuanto a las características de su sistema cognitivo, tal como es apreciado con la TR. Parece muy relevante la realización de futuros estudios para verificar si los pacientes con SII y somatización se distinguen de los diagnosticados por trastorno de ansiedad por una mayor autoestima, pero también mayor rigidez cognitiva (diferenciación, polarización) y mayor presencia de conflictos cognitivos. De ser así, cabrá diseñar estudios que nos den a conocer más sobre las implicaciones y la efectividad de un trabajo centrado en la resolución de conflictos cognitivos y su relación con la desaparición de la sintomatología propia del SII. De hecho, éste es el propósito del Proyecto Multicéntrico Dilema en aplicación al SII: estudiar la relevancia de los conflictos cognitivos, especialmente los dilemas presentes, y diseñar un formato de tratamiento orientado a su resolución con el fin de observar si ello supone una mejora substancial y mayor bienestar para el sujeto.

Referencias

- Amigo I., Fernández C. y Pérez M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Benasayag, R., Feixas, G. y Mearín, F. (2002). Aspectos psicológicos en el Síndrome del Intestino Irritable. *Gastroenterología Práctica*, 11, 14-17.
- Bobenrieth, M. A. (2002). Normas para revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Blanchard, E.B. (2001). *Irritable Bowel Syndrome. Psychosocial Assessment and Treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Creed F.H., Craig T. y Farmer R.G. (1988). Functional abdominal pain, psychiatric illness and life events. *Gut*, 29, 235-242.
- Díaz, F., Feixas, G., Pellungrini, I. y Saúl, L. A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.
- Drossman, D.A. (1999). The Functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*, 45 (Sup. II), 1-5.
- Drossman, D.A., Creed, F.H., Olden, K.W., Sveldung, J., Toner, B. y Whithead, W.E. (1999). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45, Sup. II, 25-30.
- Drossman, D.A., Mckee, D.C., Sandler, R.S., Mitchell, C.M., Cramer, E.M. y Lowman, B.C. (1988). Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 95, 701-708.
- Feixas, G. (2003). Subjective methods. En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *The Encyclopedia of Psychological Assessment* (Vol. II) (pp. 937-943). Londres: Sage.
- Feixas, G. y Cornejo, J. (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (2002). *RECORD v. 4.0. Análisis de correspondencias de constructos personales*. Aplicación informática disponible para evaluación en Internet: www.terapiacognitiva.net/record
- Feixas, G., López-Moliner, J., Navarro-Montes, J., Tudela-Marí, M. y Neimeyer, R. A. (1992). A study of reliability among grid measures. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5, 353-367.
- Feixas, G., Saúl, L.A., Ávila-Espada, A. y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10, 5-13.
- Feixas, G., Saúl, L.A. y Sánchez, V. (2000). Detection and analysis of implicative dilemmas: Implications for the therapy process. En W. Joern Scheer (ed.), *The Person in Society - Challenges to a Constructivist Theory* (pp. 391-399). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3ª ed. rev.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gutman, S. (2003). *Usted puede dejar de sufrir: Soluciones para convivir con un colon irritable*. Buenos Aires: Atlántida.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Lancet (1985). ¿Una mente irritable o un intestino irritable? *Lancet*, 6, 278-280.
- Latimer, P., Sarna, S., Cambell, D., Larimer, M., Waterfall, W. y Daniel, E. (1981). Colonic motor and mioelectric activity: A comparative study of normal subjects, psychoneurotic patients and patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 80, 893-901.

- Lydiard, R.B. (1992). Anxiety and the irritable bowel syndrome. *Psychiatric Annals*, 22, 612-618.
- Mearin, F., Badía, X., Balboa, A., Baró, E., Caldwell, E., Cucala, M., Diaz-Rubio, M., Fueyo, A., Ponce, J., Roset, M. y Talley N.J. (2001). Irritable Bowel Syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: Comparison of Rome II vs previous criteria in a general population. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36, 1155-1161.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Pervin, L. y John, O. (1999). *Personalidad, Teoría e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Robson, P. J. (1988). Self-Esteem — A psychiatric view. *British Journal of Psychiatry*, 153, 6-15.
- Ryle, A. (1979). The focus in brief psychotherapy: Dilemmas, traps and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry*, 120, 483-489.
- Talley, N.J. (1994). Why do functional gastrointestinal disorders come and go? *Digestive Diseases and Sciences*, 39, 673.
- Thompson W.G., Lonstreth G.F., Drossman D.A., Heaton K.W., Irvine E.J. y Muller-Lissner S.A. (1999). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*, 45, *supl. II*, 43-47.
- Walker, E.A., Roy-Byrne, P.P., Katon, W.J., Li, L., Amos D. y Jiranek G. (1990) Psychiatric illness and irritable bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1656-1661.