



Psicothema

ISSN: 0214-9915

psicothema@cop.es

Universidad de Oviedo

España

Fernández Rodríguez, Concha  
Tratamiento psicologico en el sindrome del intestino irritable  
Psicothema, vol. 1, núm. 2, 1989, pp. 71-85  
Universidad de Oviedo  
Oviedo, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72701209>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## TRATAMIENTO PSICOLOGICO EN EL SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Concha FERNANDEZ RODRIGUEZ  
Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

### RESUMEN

Cuarenta pacientes con Síndrome de Intestino Irritable que no responden al tratamiento médico fueron asignados aleatoriamente a cuatro condiciones de tratamiento: dos grupos experimentales (G. E. «Manejo de Contingencias» y G. E. «Manejo de Estrés») y dos grupos de contraste (G. C. «Tratamiento Médico» y G. C. Placebo «Visualización»). Todos los sujetos se sometieron a 12 sesiones individuales y específicas para su condición, y registraron a diario la sintomatología característica. Sólo los sujetos pertenecientes al G. E. «Manejo de Contingencias»

obtuvieron reducciones significativas en la sintomatología digestiva y extradigestiva. En el resto de las condiciones de tratamiento no se apreciaron cambios representativos ni significativos. La alta rentabilidad del manejo de contingencias de reforzamiento, se entiende, en relación al carácter operante de la sintomatología. Se asume que el SII consiste fundamentalmente en una conducta aprendida de enfermedad crónica.

**Palabras clave:** Síndrome del Intestino Irritable. Manejo de Contingencias. Manejo de Estrés. Placebo.

### ABSTRACT

*Psychological treatment of Irritable Bowel Syndrome.* - Forty patients suffering from Irritable Bowel Syndrome and not responding to medical treatment were assigned at random to four types of treatment: two experimental groups («Contingency Management» Group & «Stress Management» Group) and two control groups («Medical Treatment» Group & «Placebo Visualising Activity» Group). All the subjects were submitted to 12 individual and condition-specific sessions, and kept a daily record of the characteristic symptomatology. Only those subjects belonging to the «Contingency Management» ex-

perimental group obtained significant reductions in digestive and extradigestive symptomatology. In the remaining types of treatment no representative or significant changes were noted. The high degree of effectiveness of reinforcement contingency management is to be understood as with regard to the operative character of the symptomatology. IIS is assumed to consist fundamentally of a chronic illness learnt behaviour.

**Key words:** Irritable Bowel Syndrome. Contingency Management. Stress Management. Placebo.

---

El Síndrome del Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional caracterizado por un conjunto de síntomas gastroin-

testinales, en el que son definitorios el dolor abdominal y la alternancia del hábito intestinal (diarrea y estreñimiento), asociados, a menudo, a síntomas extradigestivos (fatiga, cefaleas, mialgias, insomnio), y sin

*Psicothema*, 1989, vol. 1, nº 1-2, pp. 71-85

que hasta el momento se haya reconocido una causa orgánica que justifique este cuadro clínico (DROSSMAN, POWELL y SESSIONS, 1977; FIELDING, 1977; THOMPSON, 1984).

El SII es la principal causa de consulta ambulatoria del aparato digestivo, con una frecuencia que oscila entre el 30% y el 70% de los pacientes que acuden a la misma (DROSSMAN et al., 1977; MENDELOFF, 1979; SWITZ, 1976). Aunque aparece a cualquier edad, afecta predominantemente a adultos jóvenes entre 30-35 años con un comienzo en torno a los 20 años. En la distribución por sexos se observa un predominio de las mujeres a razón de 2:1 con respecto a los varones.

La prevalencia de los síntomas de disfunción intestinal tiene mayor relevancia para conocer el número real de afectados. Se estima que entre el 19% y 30% de la población aparentemente sana presenta síntomas gastrointestinales, si bien el porcentaje de los que acuden al médico es sólo de un 25% a un 40% de los afectados (JOHNSEN, JACOBSEN y FORDE, 1986; SANDLER, DROSSMAN, NATHAN y MCKEE, 1984; THOMPSON, 1984; THOMPSON y HEATON, 1980; WHITEHEAD, WINGET, FEDORAVICIUS, WOOLEY y BLACKWELL, 1982). Estos datos revelan por una parte la extraordinaria frecuencia del problema, y por otra apuntan la existencia de otras variables asociadas a la presencia de sintomatología y que determinan que una persona busque atención médica.

La etiología del SII es aún materia de investigación. Desde el ámbito médico se explica el origen de los síntomas en relación a un trastorno de la fisiología gastrointestinal. Ahora bien, a pesar del gran número de investigaciones acerca de la motilidad del SII y de los avances en el conocimiento de la fisiopatología, actualmente no se reconoce una alteración específica (trazado manométrico o electromiográfico) que permita hacer un diagnóstico diferencial. Antes bien, el diagnóstico de SII se realiza en base a la exclusión de patología orgánica y por la presencia de síntomas característicos (continua o intermitentemente) al menos durante un período de tres meses, cuando el paciente consulta o toma medicación al

efecto, y siempre que alteren sus condiciones o estilo de vida (THOMPSON, 1984). En definitiva, la conducta del paciente: las referencias que hace acerca de la sintomatología y los comportamientos que adopta con relación a la misma (acudir al médico, tomar una baja laboral, etc.) es decisiva en el diagnóstico del Síndrome del Intestino Irritable. Recientemente, se enfatiza que el factor fundamental que motiva la aparición de este trastorno es el aprendizaje de una conducta inadaptada de enfermedad crónica (LATIMER, 1983; WHITEHEAD, BOSMAJIAN, ZONDERMAN, COSTA y SCHUSTER, 1988; WHITEHEAD et al., 1982).

La presencia de trastornos psicológicos en los pacientes con SII se ha argüido frecuentemente como motivo de consulta médica antes que la intensidad de los síntomas. Es un hecho que los pacientes con SII se muestran, por lo general, más ansiosos, dependientes, manifiestan un comportamiento obsesivo, y la prevalencia de trastornos psiquiátricos parece situarles por encima de la media y también, con relación a otros enfermos con patología orgánica. Circunstancias que han contribuido a considerar los factores emocionales y psicológicos como agentes patogénicos del SII. No obstante, no han podido encontrarse asociaciones específicas con estados psicopatológicos concretos a excepción de un índice de neuroticismo general (LATIMER, 1983). Por lo cual, estos datos no son relevantes para caracterizar el SII; si bien, puedan probablemente contribuir a explicar qué características diferencian al grupo de sujetos que consultan frente al que no lo hace.

En efecto, el estudio de DROSSMAN, MCKEE, SANDLER, MITCHELL, CRAMER et al. (1988) indica que los pacientes con SII que requieren asistencia médica muestran más rasgos de personalidad desadaptada y un amplio repertorio de conductas de enfermedad aprendidas. Se apunta que la importancia de los factores psicológicos debe entenderse en relación con el aprendizaje de conductas de enfermedad y/o alternativamente con el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces. Lo que distinguirá a ambos grupos de pacientes es la adquisición

de «conductas de enfermedad» frente a «conductas de bienestar»; es así que, toda intervención vendría en la línea de modificar las conductas desadaptadas.

#### FUNDAMENTACION Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Por lo hasta ahora referido no sólo en la caracterización clínica sino en la etiogénica las pautas comportamentales son de una importancia decisiva, y en consecuencia la intervención conductual en el SII está razonablemente justificada. Ahora bien, este cuadro se investiga en función de las correspondientes anomalías en la fisiología intestinal y, así mismo, las posibles alteraciones psicológicas habría que verlas de acuerdo a procesos fisiológicos intermedios. Por lo que es necesario acudir a la fisiopatología colónica.

El colon o intestino grueso es el segmento terminal del tubo digestivo. Es un órgano fisiológicamente muy complejo que posee funciones de absorción y almacenamiento, de tránsito y evacuación de material fecal. Para el logro de estas funciones dispone de una compleja actividad motora que se efectúa por varios tipos de movimientos (se han descrito tres diferentes tipos de actividad motora) coordinados por una musculatura propia, los nervios (recibe inervación autonómica simpática y parasimpática, y dispone de un sistema nervioso intrínseco) y las hormonas (gastrina, motilina, secretina, etc.). El conocimiento de las características y de los mecanismos de control de la actividad motora es de suma importancia en su fisiología. Los principales métodos de estudio utilizados son el registro de las presiones intraluminares y electromiográficas tanto en condiciones basales como ante algún tipo de estimulación (comida, estrés, drogas).

Una constante en los estudios fisiopatológicos contemporáneos del SII ha sido la búsqueda de un patrón de responsividad colónica característico de estos pacientes frente a sujetos sanos o asintomático (ALMY y TULIN, 1947; CHAUDHARY y TRUETOVE,

1961; GRACE, WOLF y WOLFF, 1949; LATIMER, SARNA y CAMBELL, 1981; WALLER, MISIEWICZ y KILEY, 1972; WANGEL y DELLER, 1965; WHITEHEAD, ENGEL y SCHUSTER, 1980). En condiciones basales, los datos no apoyan la existencia de una alteración segura entre los pacientes con SII y los sujetos normales o afectados por otra patología digestiva. Ahora bien, en condiciones de estimulación (comida, estrés, drogas), los resultados obtenidos muestran un incremento en el ritmo eléctrico basal (REB) de baja frecuencia (3 ciclos/minuto) y una disminución de la tolerancia rectal a la distensión en los pacientes con SII (WHITEHEAD et al., 1980). Este aumento de la actividad segmentaria en el colon podría relacionarse con el estreñimiento al enlentecer el tránsito colónico, y con el dolor al representar una obstrucción funcional que da lugar a una distensión, o por estimular los receptores colónicos del dolor; mientras que la menor tolerancia rectal a la distensión se pone en relación a la diarrea (BENAGES y TOMASRIDOCCI, 1987).

En base a estos resultados se explicarían los supuestos básicos del SII (dolor, estreñimiento, diarrea), y se ha propuesto que el SII es un fenómeno con etiología claramente biológica (WHITEHEAD, 1985).

Sin embargo, los datos aportados sobre la fisiopatología en el SII no explican la totalidad de la sintomatología extracolónica (ruidos, náuseas, vómitos, dispepsia, pérdida apetito, pérdida de peso, etc.), ni mucho menos la extradigestiva característica del SII (cefaleas, fatiga, debilidad, insomnio, mareos, etc.), comprometiendo la validez de supuestos etiogénicos netamente biológicos.

Las dificultades para sostener una base fisiológica determinante del SII crecen si tenemos en cuenta que los cambios en la motilidad intestinal podrían ser de naturaleza psicológica, de acuerdo a la demostrada posibilidad de condicionamiento pavloviano de la actividad colónica tanto en animales como en humanos (CHAUDHARY y TRUETOVE, 1962; DI CARA, BAUN y PAPPAS, 1970; MILLER, 1977).

Otro problema más para sostener un

sustrato biológico diferencial en el SII es el que se deriva de la propia aplicación de técnicas psicológicas encaminadas unas, a contrarrestar los efectos del estrés, y otras a modificar la actividad colónica. Así, mientras que el biofeedback, que aunque efectivamente reduce la motilidad no altera en absoluto el dolor abdominal, el entramiento de los sujetos en el manejo del estrés disminuye la intensidad del dolor, aun sin incidir en el índice motórico (WHITEHEAD, 1985). Todo ello apunta, en definitiva, hacia el carácter aprendido de la sintomatología del SII de acuerdo a procesos de condicionamiento y tanto respondiente como operante, explicándose las anomalías en la fisiología intestinal como procesos fisiológicos intermedarios.

Una condición central que hace fuerte este planteamiento, y que sistemáticamente se ha ignorado en las investigaciones fisiopatológicas, es contrastar los hallazgos acerca de la actividad motora y eléctrica de los pacientes con SII con sujetos asintomáticos y con características psicológicas afines a las que manifiestan y caracterizan a los pacientes con SII. La presencia de niveles más altos en neuroticismo y extraversión en estos pacientes ha sido ratificada en sucesivas investigaciones (ALMY, KERN y TULLIN, 1949; ESLER y GOULSTON, 1974; LATIMER et al., 1981; WEST, 1970; WHITEHEAD et al., 1980). Fue LATIMER (1983) quien comparó la motilidad y la actividad eléctrica del colon en sujetos con SII y en sujetos asintomáticos pero con similar perfil psicológico. Los resultados permitieron comprobar que los pacientes con SII no se diferenciaban, en cuanto a la motilidad colónica, del grupo definido por sus mismas características psicológicas —neuroticismo— ni en condiciones basales, ni frente a cualquiera de los tipos de estimulación empleados para inducir una respuesta motora intestinal (entrevistas «neutras», con contenido estresante, comida, drogas).

Estos datos corroboran la hipótesis que hemos venido apuntando y que explica el SII como una conducta aprendida que se inscribiría dentro de un patrón de conducta neurótica. En este sentido, estos pacientes

se diferenciarían de otros pacientes neuróticos por la «calidad» de sus conductas desadaptadas aprendidas. Se entendería así, por ejemplo, las quejas o manifestaciones de dolor o anormalidad intestinal como conductas verbales; las idas al baño, visitas médicas, o toma de medicación como conductas motoras; y las contracciones intestinales como conducta fisiológica. Lo que distinguiría a ambos grupos es que mientras unos refieren los síntomas gastrointestinales como un problema que requiere tratamiento (quejas, visitas al médico, etc.), los otros, describen sus problemas en términos de ansiedad, dificultades laborales, matrimoniales, etc. En definitiva, lo que se pone de manifiesto es que las expresiones verbales pueden ser independientes de los correlatos fisiológicos de alteración gastrointestinal. La desincronía, es decir, la relativa independencia entre las tres modalidades de respuesta (verbal, motora y fisiológica) es una de las especificaciones que definen el modelo conductual del SII.

La predisposición genética al neuroticismo, es otra de las fundamentaciones del modelo descrito por LATIMER (1983), y se ampara en las investigaciones relativas a la selección genética en animales de la respuesta de defecación y de deambulación en situaciones de miedo como criterios de personalidad (GRAY, 1971). La analogía con el modelo animal asume que las respuestas fisiológicas alteradas y los cambios en el hábito intestinal de estos pacientes son una respuesta inaprendida ante el estrés, siendo una condición común a otros individuos neuróticos, mientras que las diferencias estriban en la conducta verbal y otras manifestaciones «conductuales». Estas diferencias se explicarían como resultado de aprendizajes particulares. El aprendizaje de errores sobre la normalidad del tránsito intestinal, o sobre la adecuación social de la sintomatología del SII ante una situación de estrés, o el logro de atenciones o ventajas sociales (abandono del trabajo, ayuda de otros, etc.), están en la base de la adquisición y mantenimiento de todas las conductas de enfermedad exhibidas por estos pacientes. Los procesos de reforzamiento y

modelado tienen relevancia especialmente dentro del ámbito familiar. En este mismo sentido el papel de los profesionales de la salud es crucial respecto de la propia evolución de la enfermedad. Frecuentemente, y después de un primer tratamiento médico, la persistencia de sintomatología va seguida de sucesivas consultas a diferentes gastroenterólogos, que si bien insisten en que «su problema no tiene importancia», ante su incapacidad para resolverlo y la propia presión del paciente repiten las exploraciones, analíticas y tratamientos favoreciendo así la cronificación de las conductas de enfermedad del paciente.

Aún a pesar de la insuficiencia del modelo y tratamientos médicos y de la psicoterapia para resolver la sintomatología del SII (EDITORIAL, 1985; LINARES, 1986; READ, 1985), y de que existen evidencias sobre la adecuación del modelo conductual del SII, no es posible hasta el momento, garantizar la superioridad de la intervención comportamental sobre otros tratamientos. Y que según las implicaciones psicológicas antes expuestas serían relevantes aquellas intervenciones encaminadas hacia el entrenamiento del sujeto en el manejo de estrés y/o el manejo de contingencias.

Las primeras, en cuanto que el recrudecimiento de la sintomatología del SII en situaciones de amenaza o sobrecarga emocional para el sujeto es una condición que afecta a estos pacientes (HISLOP, 1971; WALLER y MISIEWICZ, 1969). Los cambios en la motilidad intestinal observados en presencia de situaciones de estrés (entre otras) se entienden como un posible mecanismo intermediario de los procesos psicológicos habida cuenta de la mediación del SN (WHITEHEAD et al., 1980). Las diferentes técnicas que, de acuerdo con estos supuestos, se han ensayado en el tratamiento de la sintomatología del SII han sido descritas por LATIMER (1983) y WHITEHEAD (1985) y son las propias del manejo del estrés empleadas en Modificación de Conducta: relajación, biofeedback, desensibilización sistemática, y técnicas de afrontamiento de situaciones estresantes principalmente.

Las intervenciones encaminadas hacia el manejo de contingencias tienen su justificación con el carácter operante de las conductas de enfermedad que exhiben los pacientes del SII. Se entiende que el establecimiento de la sintomatología del SII como operante es, en definitiva, el resultado de la asociación de consecuencias positivas (atención verbal, privilegios) a las manifestaciones verbales y/o motoras de alteración gastrointestinal que realice el sujeto ante la percepción de cambios fisiológicos. Así, la intervención iría encaminada a eliminar el refuerzo social y/o material (atenciones, ayudas, delegación del trabajo, etc.) que recibe el paciente ante las manifestaciones sintomáticas, y paralelamente, hacer contingentes estas gratificaciones de conductas de bienestar.

Con todo lo hasta ahora dicho queda justificada la racionalidad y viabilidad de ambas intervenciones psicológicas. No obstante, no existen hasta el momento trabajos que comparen ambas terapias psicológicas. Las investigaciones que se han realizado se han empleado, bien en la psicoterapia en apoyo de la atención médica convencional, o bien en la aplicación de técnicas puntuales (relajación, biofeedback, manejo de estrés) (LATIMER, 1983; WHITEHEAD, 1985), o paquetes de técnicas (BLANCHARD, SCHWARZ y NEFF, 1988; NEFF y BLANCHARD, 1987) que, aunque dan cuenta de la adecuación de la intervención conductual no permiten identificar los procedimientos implicados en la reducción de la sintomatología y de las manifestaciones en que consiste el SII.

Por otra parte, la generalización de los resultados obtenidos en algunos trabajos se ve comprometida por la presencia de varias limitaciones. Las principales deficiencias metodológicas son: Uno, la ausencia de criterios específicos de la entidad a estudio (e implícitamente de criterios de mejoría); éste es un aspecto de especial interés a la hora de garantizar la homogeneidad de la muestra de estudio, máxime teniendo en cuenta la multiplicidad de la sintomatología y la ausencia de valor diferencial para el diagnóstico de la mayoría de los síntomas digestivos y extradigestivos. Dos, la ausen-

cia de grupos de control adecuados tal como se requeriría dada la variabilidad de la sintomatología y la alta responsividad de estos pacientes a tratamientos placebo (READ, 1985). Tres, la brevedad (temporal) de los tratamientos; habida cuenta de la cronicidad del SII como de la remisión total o por largos períodos de tiempo se recomendaría que cualquier intervención terapéutica se prolongase al menos durante doce semanas. Cuatro, la ausencia de procedimientos de control de «doble ciego» tanto en la asignación de los sujetos a los tratamientos como en la valoración de la mejoría en la sintomatología. Y cinco, la ausencia de cruzamiento entre tratamientos de los sujetos que no hayan mejorado en alguna de las condiciones; procedimiento éste que permite conocer qué condiciones de los sujetos y/o de los tratamientos optimizan uno sobre otro, siempre que los efectos de uno no se superpongan al otro (KLEIN, 1988).

La investigación (todavía en curso, y a la que pertenecen los resultados preliminares que aquí se ofrecen) se ha diseñado de acuerdo con el planteamiento previamente expuesto que asume el carácter aprendido de la sintomatología del SII, y consecuentemente, se compromete con los dos enfoques de la intervención comportamental que mayor adecuación han demostrado —«manejo de estrés» y «manejo de contingencias»—. De acuerdo con esta lógica, se trata de demostrar en primer lugar, la superioridad de la terapia conductual sobre otros procedimientos; para lo cual se contrastan los datos obtenidos con los efectos del tratamiento médico convencional (grupo control médico) y con una condición placebo (creíble pero inespecífica para con la sintomatología) a fin de controlar la alta responsividad de estos sujetos a terapéuticas inocuas, u otras variables interfirientes tales como la atención dispensada. Y en segundo lugar, averiguar qué «tipo» de pacientes responden mejor a un tratamiento u otro, es decir, qué características clínicas o comportamentales permiten predecir si resulta rentable entrenar al sujeto en el manejo de contingencias o en el manejo de estrés

(en relación a las particularidades antes discutidas). Así, una condición básica de la investigación es la asignación aleatoria de los pacientes a las condiciones de tratamiento, y una vez concluido el programa de intervención aquellos sujetos que no hayan mejorado su sintomatología se incorporan al tratamiento alternativo.

## METODO

### *Sujetos*

La muestra total se compone de 40 pacientes del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias) diagnosticados de SII en base a la presencia de síntomas característicos (MANNING, THOMPSON, HEATON y MORRIS, 1978) y la exclusión de la patología orgánica mediante pruebas complementarias (FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, VALLINA GONZÁLEZ, GONZÁLEZ RATO, PÉREZ ALVAREZ, 1988). Los criterios de inclusión serán la presencia de dos o más características de entre las que se refieren a continuación y que son indicativas de mal pronóstico de la enfermedad según un estudio previo (LINARES, 1986), a saber: ingesta incorrecta de medicación prescrita por el médico y/o abandono precoz de la misma; más de una consulta no programada por el gastroenterólogo (después de una previa en que se le explica al paciente en qué consiste la enfermedad); absentismo laboral o dificultades para realizar el trabajo habitual como consecuencia de los síntomas; tratamiento psiquiátrico previo; e ingreso en los servicios de urgencias sin indicación médica.

Los gastroenterólogos participan en un segundo momento, una vez concluida la aplicación de los tratamientos psicológicos, como evaluadores ciegos de los resultados (ateniéndose a un protocolo de evolución de sintomatología digestiva, extradigestiva, psicológica y global). Cada condición de tratamiento comportamental se lleva a cabo por un psicólogo.

### *Materiales*

Se emplean diversos instrumentos de

evaluación psicológica y de aplicación general a todos los sujetos de la investigación o específicos a cada condición de tratamiento.

— Generales: «Entrevista Biográfica», semiestructurada y diseñada al efecto para recoger información relativa a cuestiones demográficas y clínicas, e indagar acerca de la existencia de condiciones precipitantes y contingencias de reforzamiento de la sintomatología (se emplea en la primera sesión). «Autorregistro de Síntomas y Condiciones Psicológicas», de empleo diario en el que se registra la frecuencia e intensidad de los síntomas, la respuesta del paciente y las situaciones (físicas o sociales) antecedentes y consecuentes. Y los siguientes cuestionarios: «Miedo a la crítica» (PELECHANO), «Control e Inhibición de la Ira» (PELECHANO), «Capacidad de Relajación» (PELECHANO), «Incapacidad de Relajación» (PELECHANO), «Disgusto e Ira» (PELECHANO), «Transigencia-Indecisión» (PELECHANO), «Autoconfianza» (PELECHANO), «Escala de Ansiedad, Depresión y Vulnerabilidad» (HASSANYED, ECCLESTON y DAVIDSON, 1981), «Escala de Depresión de Zung» (ZUNG, 1971).

— Específicos: «Autorregistro de Síntomas» empleado con los sujetos del grupo control de atención médica, permite observar la evolución de la sintomatología durante el tratamiento. «Autorregistro de Relajación» usado con el grupo Manejo de Estrés para observar los progresos conseguidos y el cumplimiento de las instrucciones. «Autorregistro de Situaciones Ansiógenas» utilizado con el grupo de Manejo de Estrés, los datos se registran conforme al esquema A-B-C. «Contrato de Contingencias» de interés para el grupo Manejo de Contingencias y convenido para el paciente y familiares. «Autorregistro de Visualización» propio del grupo placebo, permite conocer el grado de cumplimiento y la evolución de la sintomatología.

#### *Procedimiento*

Una vez que el gastroenterólogo decide la inclusión de un paciente en el experi-

mento, se asigna mediante una tabla de números aleatorios a una de las cuatro modalidades terapéuticas que a continuación se describen. La aplicación de los tratamientos comprende en todas y cada una de las condiciones experimentales doce sesiones individuales y con periodicidad semanal llevadas a cabo por el mismo clínico (un psicólogo para cada condición). La primera y segunda sesión son comunes para todos los grupos y se invierten en la realización de la entrevista, en proporcionar al paciente información básica sobre el funcionamiento gastrointestinal, y en la aplicación de cuestionarios. Las diez sesiones restantes son específicas para cada condición:

#### *1. Grupo control: «Tratamiento médico convencional»*

Los pacientes de este grupo después de las dos primeras sesiones de aplicación de pruebas no se les someterá a un programa de visitas semanales, se les advierte que con posterioridad serán llamados para realizar una nueva revisión médica (diez semanas más tarde, el mismo tiempo empleado con los sujetos experimentales). Durante este período se les proporciona el «Autorregistro de Síntomas» a fin de conocer la evolución de la sintomatología y poder comparar los resultados con los demás grupos.

#### *2. Grupo placebo: Tratamiento de visualización*

El objetivo de esta modalidad «terapéutica» es proporcionar a los sujetos atención activa pero irrelevante para la mejora de la sintomatología del SII y siempre creíble para el sujeto. El tratamiento consiste en unos ejercicios de imaginación y visualización activa del intestino y su funcionamiento y de la propia capacidad de autorregulación mediante su pensamiento, estimulado al máximo su concentración. No se entrena en relajación. Sobre un dibujo ilustrativo del aparato digestivo el paciente localiza el área de incidencia de la sintomatología y le asigna un «color rojo», que se le indica visualice en su organismo, a continuación se le proporciona un vaso de agua y se le sugiere la imagen de «un líquido azul que desciende a través del aparato digestivo lim-



piando el color rojo y eliminando las sensaciones molestas». Se solicita a los pacientes que entrenen el ejercicio al menos una vez al día y cumplimenten el «Autorregistro de Visualización» y el «Autorregistro de Síntomas y Condiciones Psicológicas». Las diez sesiones experimentales se emplean en la práctica de este ejercicio. El terapeuta en todo momento se muestra entusiasta con el proceder y anima al sujeto por su práctica diaria, de este modo se entiende que se le proporciona al paciente atención inespecífica si bien relacionada para con las molestias que presenta.

### 3. *Grupo experimental: «Manejo de estrés»*

El objetivo de esta condición es proporcionar al paciente técnicas efectivas para amortiguar los efectos fisiológicos del estrés y la tensión, y modificar sus habilidades de afrontamiento de las situaciones provocadoras. A tal fin, reciben entrenamiento en relajación muscular progresiva según el programa descrito por BERNSTEIN y BORKOVEC (1983). Durante el entrenamiento los sujetos aprenden a discriminar sensaciones de tensión y relajación y a experimentar sensaciones de relajación muscular profunda en situaciones cotidianas. Se solicita la práctica diaria en casa y el registro de los logros conseguidos. El entrenamiento en manejo de estrés se realiza según el procedimiento descrito por MEICHENBAUM (1987) empleándose en la práctica de relajación, autoinstrucciones, resolución de problemas y afrontamiento en la vida cotidiana de las experiencias relacionadas con la aparición o recrudescimiento de la sintomatología. Durante el tratamiento, los pacientes cumplimentan a diario el «Autorregistro de Síntomas y Condiciones Psicológicas» y el «Autorregistro de Situaciones Ansiógenas» que son utilizados por el terapeuta para diseñar las intervenciones individuales y conocer la evolución del sujeto. Este procedimiento ha sido expuesto en el estudio de un caso por una colaboradora y terapeuta en esta investigación (VALLINA GONZÁLEZ, 1988).

### 4. *Grupo experimental: «Manejo de contingencias»*

El objetivo de esta modalidad de terapia es enseñar al paciente y, opcionalmente y siempre que sea posible, a otras personas relevantes en su vida cotidiana (familiares, amigos), a poner en práctica conductas más adaptadas ante los síntomas del SII y las situaciones que los agravan y, alternativamente, a extinguir conductas inadecuadas (p. e. aislamiento, dependencia, delegación, sobreprotección) del paciente y/o de otros ante tales síntomas. El instrumento básico para la aplicación del tratamiento es el «contrato de contingencias» elaborado según las especificaciones de O'BANION y WHALEY (1981). El investigador junto con el paciente y los familiares convienen semanalmente, por escrito, las conductas que se desean establecer y/o eliminar y las consecuencias contingentes a las mismas. Otras técnicas conductuales empleadas durante el tratamiento son la autoobservación y moldeado empleadas fundamentalmente para objetivar progresos; el control de estímulos para neutralizar hábitos inadecuados o romper cadenas de conductas de enfermedad aprendidas; y la reestructuración del tiempo y el entrenamiento en habilidades sociales de cara a incrementar la tasa de gratificaciones alternativas a las manifestaciones sintomáticas (FERNÁNDEZ RODRIGUEZ, 1988).

### *Resultados*

Los resultados que a continuación se ofrecen son los relativos a la clínica intestinal. Los datos son aportados por el médico, que informa de la presencia de síntomas antes y después del tratamiento en base al reporte verbal del paciente durante las revisiones clínicas, y que ofrece una valoración cualitativa del estado del paciente; y también, por el propio paciente en los autorregistros diarios. Este instrumento permite contabilizar para cada sujeto y en cada síntoma la «frecuencia media» de ocurrencias ( $n^{\circ}$  de períodos sintomáticos /  $n^{\circ}$  total de períodos registrados) y la «intensidad media» (suma total de la intensidad subjetiva del síntoma percibida por el paciente considerando poco=1; bastante=2; mucho=3 /  $n^{\circ}$  total de períodos sintomáticos). Se reali-

za un cómputo para el período de línea base pretratamiento (quince días empleados en las sesiones comunes) y uno semanal durante las doce sesiones de tratamiento. Como puntuación postratamiento se considera la correspondiente a la última sesión. Para el análisis estadístico de estos datos se utiliza la t de STUDENT.

El análisis de varianza y otros métodos multivariados no se aplican por tratarse de datos preliminares. Por esta misma condición no se aportan los resultados relativos a las pruebas psicológicas que serán sometidas a una factorización propia concluido el estudio.

Los resultados que se ofrecen se obtuvieron de un total de 40 pacientes que, en el momento actual de la investigación, han concluido en su totalidad el período del tratamiento y han sido revisados por el gastroenterólogo. La asignación por grupos es la siguiente: Grupo Control Médico = 11; Grupo Placebo Visualización = 3; Grupo Manejo de Estrés = 12; Grupo Manejo de Contingencias = 14. Habida cuenta de que sólo 3 pacientes (entre los 20 asignados) del grupo placebo han finalizado las doce sesiones de tratamiento no se incluirán aquí los

datos en las comparaciones entre/intra grupos dado que no son representativos (no obstante, figuran en tablas los resultados de que se dispone).

1. *Datos Demográficos:*

Las características demográficas de la muestra de estudio revelan una mayor presencia de mujeres (70% del total); nivel de formación elemental; ingresos económicos pequeños; y haber recibido asistencia psiquiátrica. No existen diferencias significativas entre grupos en relación a estas variables. Por el contrario, sí en relación a la edad ( $p < 0.05$ ) y antigüedad del SII ( $p < 0.05$ ). Siendo los sujetos del Grupo Manejo de Estrés y Grupo Manejo de Contingencias los más jóvenes y con más corta experiencia en relación al SII.

2. *Datos Clínicos:*

2.1. *Síntomas Digestivos.*

Evaluación Médica.

La Tabla 2 muestra el porcentaje de sujetos afectados por los síntomas digestivos característicos del SII antes y después del tratamiento. Sólo en la condición experimental «Manejo de Contingencias» se

DATOS DEMOGRAFICOS	CONTROL MEDICO (N=11)	MANEJO ESTRES (N=12)	MANEJO CONTING. (N=14)
Mujeres (%)	65	77	86
Edad media (años)	47	46	35
Nivel de formación (%):			
Elemental	82	75	64
Medio	18	25	28
Superior	0	0	8
Nivel de ingresos (%):			
Pequeños	54	66	58
Medios	46	34	35
Altos			7
Ocupación (%):			
Ama de casa	54,5	50	57,5
No cualificada	36,5	25	7
Técnica	9	25	28,5
Superior	0	0	7
Antigüedad media SII (años)	11,12	7,40	6,07
Trat. psiquiátrico previo (%)	63	50	57

Tabla 1.- Datos Demográficos.

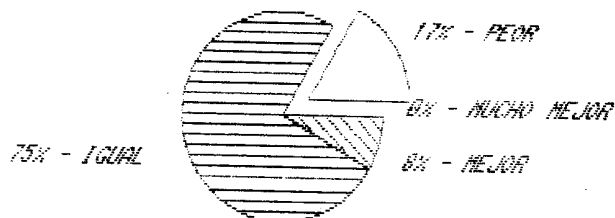
TRATAMIENTOS	DOLOR ABDOMINAL			ESTREÑIMIENTO			DIARREA			INFLAZON			DISPEPSIA			VOMITOS		
	PRE. (%)	POST. (%)	p	PRE. (%)	POST. (%)	p	PRE. (%)	POST. (%)	p	PRE. (%)	POST. (%)	p	PRE. (%)	POST. (%)	p	PRE. (%)	POST. (%)	p
CONTROL MEDICO (PRE N=11 POST N=9)	82	77	NS	45.5	33.5	NS	45.5	44.5	NS	82	89	NS	82	67	NS			
MANEJO ESTRES (N=12)	42	34	NS	9	0	NS	34	17	NS	58.5	42	NS	25	0<0.05		25	17	NS
MANEJO CONTINGENCIA (N=14)	93	36<0.001		7	7	NS	64.5	1<0.05		71.5	8<0.05		14	0	NS	21.5	0<0.1	

**Tabla 2.-** Frecuencia Síntomas Digestivos (Valoración Médica).

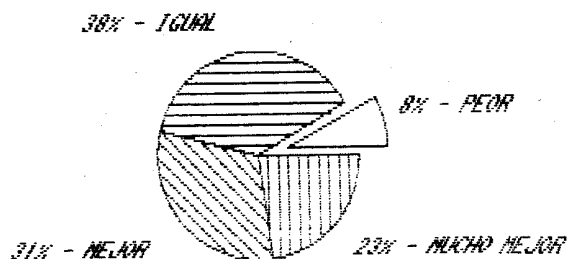
aprecia una reducción significativa del número de sujetos que experimentan dolor ( $p < 0.001$ ), diarrea ( $p < 0.05$ ) e inflazón ( $p < 0.05$ ); no ocurre así con el estreñimiento, dispepsia y vómitos. Para el resto de las condiciones de tratamiento, «Control Médico» y «Manejo de Estrés», no se observan diferencias significativas. La sintomatología más referida por todos los pacientes es el dolor, diarrea e inflazón. Los

pacientes del grupo Manejo de Estrés refieren significativamente ( $p < 0.05$ ) menos sintomatología pretratamiento (exceptuando el estreñimiento) en relación a los dos grupos de referencia (entre los cuales no existen diferencias) condición que, sin embargo, no ha tenido incidencia en el postratamiento.

Los Gráficos 1, 2, 3, ilustran el porcentaje de sujetos que, según ellos mismos re-



**Gráfico 1.-** Evolución digestiva: «Grupo Control Médico».



**Gráfico 2.-** Evolución digestiva: «Grupo Manejo de Estrés».

TRATAMIENTO EN SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

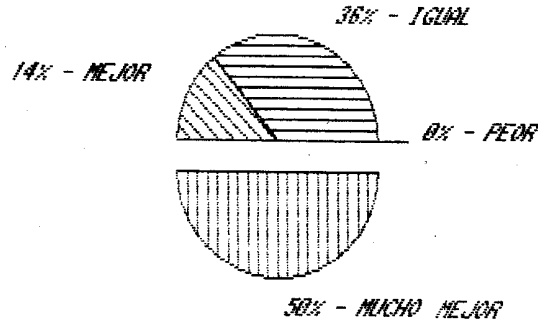


Gráfico 3.- Evolución digestiva: «Grupo Manejo de Contingencias».

fieren al gastroenterólogo en la revisión postratamiento, se han beneficiado de la intervención. En el Grupo Manejo de Contingencias el 50% informa que está mucho mejor, el 14% mejor y ninguno de los pacientes considera que haya empeorado. Los sujetos de la condición Manejo de Estrés están mucho mejor el 23%, aunque el 38% permanece igual y el 8% cree haber empeorado. En el Grupo Control Médico el 75% informan estar igual que al inicio del tratamiento y el 17% peor aunque un 8% considera que está mejor.

2.2. Síntomas Digestivos.

Autorregistro de Síntomas.

La Tabla 3 muestra la comparación de medias pre y postratamiento para cada condición experimental. Los sujetos asignados al Grupo Manejo de Contingencias son los únicos que consiguen reducciones significativas tanto en la frecuencia como en la intensidad del dolor ( $p < 0.001$ ), diarrea ( $p < 0.001$ ), inflazón ( $p < 0.001$ ) y vómitos ( $p < 0.01$ ); y en la incidencia de la dispepsia ( $p < 0.01$ ). No ocurre así con el estreñimiento. Los pacientes sometidos a Manejo

TRATAMIENTOS		DOLOR		ESTREÑIMIENTO				DIARREA				INFLAZON				DISPEPSIA				VOMITOS										
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST											
		X	SD	X	SD	p	X	SD	p	X	SD	p	X	SD	p	X	SD	p	X	SD	p									
CONTROL MED. (PRE N=11) (POST N=9)	FREC.	0.73	0.41	0.69	0.46	NS	0.25	0.39	0.16	0.32	NS	0.28	0.40	0.12	0.16	NS	0.75	0.41	0.74	0.41	NS	0.71	0.42	0.66	0.50	NS				
	INTE.	1.35	1.08	1.56	1.29	NS	0.44	0.90	0.21	0.34	NS	0.51	0.89	0.19	0.25	NS	1.61	1.05	1.48	1.08	NS	1.63	1.26	1.44	1.23	NS				
M. ESTRES (N=12)	FREC.	0.13	0.09	0.15	0.09	NS	0.02	0.02	0.00	0.00*		0.06	0.06	0.07	0.05	NS	0.22	0.10	0.18	0.11	NS	0.01	0.01	0.00	0.00*	0.02	0.02	0.04	0.05	NS
	INTE.	0.29	0.18	0.21	0.14	NS	0.03	0.04	0.00	0.00*		0.10	0.06	0.12	0.13	NS	0.43	0.21	0.36	0.19	NS	0.10	0.10	0.06	0.08	NS	0.03	0.02	0.09	0.10
M. CONTING. (N=14)	FREC.	0.98	0.02	0.28	0.18	***	0.05	0.07	0.02	0.02	NS	0.35	0.17	0.04	0.03	***	0.65	0.20	0.15	0.12	***	0.07	0.08	0.00	0.00**	0.17	0.15	0.00	0.00**	
	INTE.	1.41	0.34	0.53	0.41	***	0.05	0.08	0.04	0.05	NS	0.41	0.25	0.06	0.35	***	0.62	0.42	0.26	0.24*		0.05	0.06	0.00	0.00	NS	0.19	0.19	0.00	0.00**
PLACEBO VI. (N=3)	FREC.	0.47	0.08	0.00	0.00	**						0.02	0.01	0.00	0.00*		0.17	0.05	0.00	0.00*					0.03	0.01	0.00	0.00*		
	INTE.	1.42	0.09	0.00	0.00	**						0.33	0.10	0.00	0.00*		0.67	0.20	0.00	0.00*					0.83	0.65	0.00	0.00*		
		(*)=p<0.05; (**) =p<0.01; (***)=p<0.001																												

Tabla 3.- Síntomas Digestivos. Comparación Medias Pre. Post. Tratamiento (t STUDENT) (autorregistro del paciente)

TRATAMIENTOS	FATIGA			CEFALEA			MAREOS			MIALGIAS			INSOMNIO		
	PRE (%)	POST (%)	p	PRE (%)	POST (%)	p	PRE (%)	POST (%)	p	PRE (%)	POST (%)	p	PRE (%)	POST (%)	p
MEDICO CONTROL PRE N=11 POST N=9	44	38	NS	38	44	NS	44	38	NS	25	31	NS	31	38	NS
MANEJO ESTRES (N=12)	25	25	NS	75	58	NS	50	42	NS	17	17	NS	50	42	NS
MANEJO CONTING. (N=14)	57	22	*	85	22	***	50	14	*	57	7	***	50	14	***
PLACEBO VISUAL. (N=3)	34	0	NS	34	0	NS				34	0	NS			
(*)=p<0.05; (**)=p<0.01; (***)=p<0.001															

Tabla 4.— Síntomas Extradigestivos.

de Estrés sólo mostraron una mejoría significativa en estreñimiento ( $p < 0.05$ ) y en la frecuencia de la dispepsia ( $p < 0.05$ ). Los sujetos control médico no experimentaron cambios en ningún síntoma.

### 2.3. Síntomas Extradigestivos.

La Tabla 4 muestra la incidencia de la sintomatología extradigestiva pre y postratamiento en cada una de las condiciones de estudio. Sólo en el grupo «Manejo de Contingencias» se redujo significativamente la incidencia de la fatiga ( $p < 0.05$ ), cefalea ( $p < 0.001$ ), mareos ( $p < 0.05$ ), mialgias ( $p < 0.001$ ) e insomnio ( $p < 0.001$ ). En el resto de los tratamientos experimentales no hubo cambios significativos.

## DISCUSION

La investigación que actualmente se lleva a cabo (en la que se inscriben los datos precedentes) asume que el SII consiste fundamentalmente en una conducta aprendida de enfermedad crónica, y en este sentido, se ha dirigido a comprobar la eficacia de las intervenciones que se entienden más relevantes en el abordaje de este trastorno intestinal, es decir, manejo de estrés y manejo de contingencias de reforzamiento.

Por los resultados obtenidos (aunque no concluyentes por la condición de tratarse de un estudio aún en curso) solamente el Manejo de Contingencias demuestra ser efectivo para reducir la frecuencia e intensidad de la sintomatología gastrointestinal y extradigestiva característica del SII. No se han alcanzado resultados significativos en la condición experimental Manejo de Estrés, ni en los grupos de contraste de control médico o control placebo. Se confirma, una vez más, la inadecuación del tratamiento médico convencional para resolver esta problemática.

Los datos obtenidos de la intervención placebo, si bien no son representativos estadísticamente (sólo tres sujetos de los veinte asignados finalizaron todas las sesiones de tratamiento) no por ello limitan la rentabilidad de esta condición, antes bien, el elevado número de abandonos motivado por la ausencia de mejoría (aún a pesar del entusiasmo del terapeuta y de la atención que dispensaba individualmente a cada paciente) sugieren ostensiblemente que los beneficios habidos en el Grupo Manejo de Contingencias no son producto de la mera atención proporcionada; así pues, se justifica la conveniencia de emplear estos proce-

dimientos de contraste. Por otra parte, hay que tener en cuenta que este «abandono generalizado» no difiere substancialmente del comportamiento del paciente frente al tratamiento farmacológico. La no-adherencia al tratamiento médico (toma incorrecta de medicación o abandono de la misma) se considera una característica central y relacionada, al mismo tiempo, con un peor pronóstico del SII (LINARES, 1986, 1987). El hecho de que los tres únicos pacientes que concluyeron el entrenamiento en visualización se mostrasen al final asintomáticos no permite concluir, que el alivio de la sintomatología fuese debido a la propia intervención; se entendería, más bien, dentro del porcentaje habitual de individuos que se benefician con tratamientos alternativos y no relevantes para con el SII (la alta responsividad de estos pacientes a procedimientos o preparados placebo es un dato frecuentemente referido en la bibliografía (READ, 1983).

Los resultados obtenidos en la condición Manejo de Estrés adquieren una especial consideración en cuanto que, en principio, no son consistentes con los referidos por trabajos previos que informan de una reducción significativa en el dolor abdominal en pacientes entrenados en relajación y Desensibilización Sistemática (WHITEHEAD, 1985). En nuestro caso, la frecuencia e intensidad de la sintomatología digestiva (según autorregistro del paciente e informe médico) no se modificó substancialmente. No obstante, algunos pacientes informaron al gastroenterólogo en la revisión postratamiento de una mejoría subjetiva (el 23% dice encontrarse mucho mejor y un 31% mejor). Esta circunstancia, junto al hecho de que algunos individuos se mostraran asintomáticos al final del entrenamiento en «Manejo de Estrés», aun y a pesar de que en conjunto no se hayan obtenido mejorías significativas en esta condición de tratamiento, nos sugiere que, o bien este beneficio se explica por un efecto placebo; o bien, existen algunas características de los pacientes (clínicas y/o conductuales) que justificarían el empleo de este proceder terapéutico para la reducción de la sintomatolo-

gía del SII en un subgrupo de pacientes.

En este sentido, y a fin de descubrir aquellos datos clínicos que pudieran estar vinculados a un mejor pronóstico y que facilitase al gastroenterólogo incorporar nuevos procedimientos terapéuticos, se reclama la necesidad tanto de procedimientos estadísticos de análisis multivariados, como de un balanceo entre condiciones de tratamiento de aquellos pacientes que no se han beneficiado con una de ellas.

En todo caso, los resultados que hemos obtenido son coherentes con las conclusiones que recientemente DROSSMAN et al. (1988) y WHITEHEAD et al. (1988) han elaborado acerca del papel de los factores psicológicos y las condiciones de estrés con relación al SII. Se ha observado que si bien los eventos estresantes tienen una relación clara con la circunstancia de que el paciente consulte, no son en sí mismo suficientes para explicar el mantenimiento de las conductas en que consiste el SII. Es, en definitiva, la posibilidad de adquirir una «conducta de enfermedad crónica» frente (y en oposición) al desarrollo de alternativas de afrontamiento eficaces la condición diferenciadora y central en el SII. Por tanto, se sugiere que las intervenciones encaminadas a modificar las contingencias que mantienen las conductas de enfermedad de los pacientes sean, en general, más efectivas que aquéllas diseñadas para ayudar a reducir la incidencia del estrés; aunque, por otra parte, podrían ser especialmente útiles para algunos pacientes en particular. La alta rentabilidad del tratamiento «Manejo de Contingencias» sobre el «Manejo de Estrés» que se ha obtenido hace fuerte este planteamiento.

En definitiva, no se trata ya de comprobar la idoneidad de las técnicas de modificación de conducta sino de elegir las estrategias más operativas. Es así que la necesidad de establecer un protocolo diagnóstico que permita asignar fiablemente a los pacientes a un tipo u otro de intervención es, ahora, el objetivo en el que se dedica una segunda fase de esta investigación.

## AGRADECIMIENTOS

La autora desea expresar su agradecimiento por el apoyo y la colaboración activa en la realización de este trabajo a:

Dr. D. A. Linares Rodríguez; D. A. Rodríguez Pérez; Dña. R. García López y Dña. C. Sarro, gastroenterólogos y al equipo de enfermería del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes (Gijón).

Dña. I. Vallina González y Dña. M. C. González Rato, psicólogos colaboradores directos en la investigación.

La Dirección del Area Sanitaria de Gi-

jón por el interés demostrado en la realización del trabajo.

Dr. Vicente Pelechano, autor de los cuestionarios empleados en la evaluación psicológica de los pacientes, y que amablemente puso a nuestra disposición.

Dirección de los autores:

Envío para peticiones de separatas o información adicional a Concha Fernández Rodríguez, Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Aniceto Sela, s/n., 33007-Oviedo, Spain.

## BIBLIOGRAFIA

- Almy, T. P., Kern, F. y Tulin, M. (1949). Alterations in colonic function in man under stress. *Gastroenterology*, 12, 425-436.
- Almy, T. P. y Tulin, M. (1947). Alterations in colonic function in man under stress: experimental production of changes simulating the «irritable bowel». *Gastroenterology*, 8, 616-626.
- Benages, A. y Tomas-Ridocci, M. (1987). *Patología motora digestiva*. Madrid: Ed. Cea.
- Bernstein, D. A. y Borkovek, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Blanchard, E. B., Schwarz, S. P. y Neef, D. (1988). Two-year follow-up of behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 19, 67-73.
- Chaudhary, N. A. y Truelove, S. C. (1961). Human colonic motility. A comparative study of normal subjects patients with ulcerative colitis, and patients with the irritable colon syndrome. The effect of prostigmin. *Gastroenterology*, 40, 18-26.
- (1962). The irritable colon syndrome. A study of the clinical features, predisposing causes, and prognosis in 130 cases. *Journal Medicine*, 31, 307-322.
- 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 Psychology*, 73, 209-216.
- 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., Powell, D. W. y Sessions, J. T. (1977). Irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 73, 811-822.
- Editorial (1985). Management of the irritable bowel syndrome. *Lancet*, 2, 557-558.
- Esler, M. D. y Goulston, K. T. (1974). Levels of anxiety in colonic disorders. *New England Journal Medicine*, 288, 16-20.
- Fernández Rodríguez, C. (1988). Manejo de contingencias en un paciente con síndrome de intestino irritable. Comunicación presentada al IV Congreso de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento. Gandía.
- Fernández Rodríguez, C., Vallina González, I., González Rato, M. C. y Pérez Alvarez, M. (1988). Estudio sobre la eficacia de varias técnicas de terapia de conducta en pacientes con síndrome de intestino irritable. Descripción del plan de tratamientos. Comunicación presentada al IV Congreso Nacional de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento. Gandía.
- Fielding, J. F. (1977). The irritable bowel syndrome: Clinical spectrum. *Clinical Gastroenterology*, 6, 607-621.
- Grace, W. J., Wolf, S. y Wolff, H. G. (1949). Life situations, emotions and colonic function. *Gastroenterology*, 14, 93-108.

- Gray, J. A. (1971). *La Psicología del miedo*. Madrid: Guadarrama.
- Hassanyeh, R., Eccleston, D. y Davidson, K. (1981). Rating of anxiety, depression and vulnerability. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 64, 301-303.
- Hislop, I. J. (1971). Psychological significance of the irritable bowel syndrome. *Gut*, 12, 452-457.
- 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. (1979). Psychophysiological disorders: A critical appraisal of concept and theory illustrated with reference to irritable bowel syndrome. *Psychological Medicine*, 9, 71-80.
- (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.
- (1987). Patología digestiva funcional (síndrome del intestino irritable). Aproximación conductual. Conferencia presentada en las IV Jornadas de Psicología. *Medicina Conductual*. Oviedo.
- Manning, A. P., Thompson, W. G., Heaton, K. W. y Morris, A. F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel syndrome. *British Medicine Journal*, 2, 653-654.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca. (orig. 1985)
- Mendeloff, A. (1979). Epidemiology of the irritable bowel syndrome. *Practical Gastroenterology*, 3, 12-18.
- Miller, N. F. (1977). Effect of learning on gastrointestinal functions. *Clinical Gastroenterology*, 6, 533-546.
- Neff, D. F. y Blanchard, E. B. (1987). A multi-component treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 18, 70-83.
- O'Banion, D. R. y Whaley, D. L. (1981). *Behavior contracting*. Nueva York: Springer.
- Read, N. W. (1985). *Irritable Bowel Syndrome*. Londres: Grune and Stratton.
- 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.
- Sarna, S. K., Bardakjian, B. L., Waterfall, W. E. y Lind, J. F. (1980). Human colonic electrical control activity. *Gastroenterology*, 78, 1.526-1.536.
- Switz, D. M. (1976). What the gastroenterologist does all day? *Gastroenterology*, 70, 1.048-1.050.
- Taylor, I., Darby, C. y Hammond, P. (1978). Comparison of rectosigmoid myoelectrical activity in the irritable colon syndrome during relapses and remissions. *Gut*, 19, 923-929.
- Thompson, W. G. (1984). The irritable bowel syndrome. *Gut*, 25, 305-320.
- Thompson, W. G. y Heaton, H. W. (1980). Functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterology*, 79, 283-288.
- Vallina González, I. (1988). Manejo de estrés en un paciente con síndrome de intestino irritable. Comunicación presentada al IV Congreso de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento. Gandía.
- Waller, S. L. y Misiewicz, J. J. (1969). Prognosis in the irritable bowel syndrome. *Lancet*, ii, 753-756.
- Waller, S. L., Misiewicz, J. J. y Kiley, N. (1972). Effect of eating on motility of the pelvic colon in constipation and diarrhea. *Gut*, 13, 805-811.
- Wangel, A. G. y Deller, D. L. (1965). Intestinal motility in man. III. Mechanisms of constipation and diarrhea with particular reference to irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 48, 69-84.
- West, K. L. (1970). MMPI correlates of ulcerative colitis. *Journal Clinical Psychological*, 26, 214-219.
- Whitehead, W. E. (1985). Psychotherapy and biofeedback in the treatment of irritable bowel syndrome (pp. 245-265). En, N.W. Read (1985). *Irritable Bowel Syndrome*. Londres: Grune and Stratton.
- Whitehead, W. E., Bosmajian, L., Zonderman, A. B., Costa, P. y Schuster, M. (1988). Symptoms of Psychologic Distress associated with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 95, 709-714.
- 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 Blackwell, B. (1982). Learned illness behavior in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer. *Digestive diseases and sciences*, 27, 202-207.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.