



UNIVERSIDAD CHAPULTEPEC

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ACUERDO UNAM Núm. 01/04 del 1º de junio de 2004

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 3290-25

**Aplicación de Técnicas de Relajación como
tratamiento de la Ansiedad y Depresión en un
paciente con Síndrome del Intestino Irritable**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ELIZABETH CORTEZ AVENDAÑO

Director de tesis: Dr. Christian López Gutiérrez

Sinodales: Dra. Karina Alicia Bermúdez Rivera

Mtro. Jorge Isaac Átala Delgado

Mtro. Dinko Alfredo Trujillo Gutiérrez

Lic. Manuel Alejandro Cano Villegas

CIUDAD DE MÉXICO

MAYO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

Dedico ésta tesis a mis padres, quienes han sido el motor de mi vida. Gracias por todos sus consejos llenos de sabiduría, por motivarme a ser mejor persona y por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida. Fueron años de dedicación, esfuerzo y trabajo, pero al final, estamos aquí, cumpliendo un sueño más. Ustedes son mi más grande orgullo y agradezco a Dios el tener unos padres como ustedes.

También dedico ésta tesis a la Familia Bautista Ochoa y a la familia Rojas López, por su amistad y por permitirnos ser parte de su familia.

Sam, le dedico ésta tesis porque ha estado con nosotros y en especial, en los momentos más difíciles de mi vida. Gracias por sus palabras, su tiempo, su sabiduría y su fe.

Agradecimientos

Gracias Dios, por todas las bendiciones que me has dado en mi vida y por permitirme estudiar esta hermosa carrera.

Agradezco al Dr. Christian López Gutiérrez por su dedicación, apoyo y compromiso en la elaboración de ésta tesis. Gracias por compartirme sus conocimientos.

Gracias a la Dra. Karina Bermúdez Rivera, al Mtro. Jorge Isaac Átala Delgado, al Mtro. Dinko Alfredo Trujillo Gutiérrez y al Lic. Manuel Alejandro Cano Villegas por ser mis sinodales, por dedicar su tiempo a la lectura y corrección de ésta tesis.

Mi más profundo y sincero agradecimiento a CEDI COMUNICA, Paulina, Luisa y Geral por abrirme las puertas y confiar en mí. Gracias por todo lo que he aprendido y por el apoyo que me han brindado. Gis, gracias por tu amistad.

Miss Paty Cervantes y Alejandro Brofft, gracias por recibirme en el Instituto Mexicano. Es un placer conocerlos como personas y como profesores.

Jessy, gracias por todos estos años de una increíble amistad.

Guillermo, gracias por tu amistad, por todo lo que hemos compartido, por el apoyo que me has brindado, y por lo proyectos que vienen.

Dany, gracias por tu amistad y por los conocimientos que me has compartido.

Lorena, Sandra, Lupita, Robert y Marco, gracias por nuestra amistad. Todo empezó en UPIICSA.

Luz, gracias por tu apoyo en el CTA y por tu amistad.

David, gracias por la forma tan linda que comenzó nuestra amistad. Gracias por nuestras pláticas, tu devoción, por compartirme tus conocimientos y tu fe.

Tabla de contenido

| | |
|-----------------------------------------------|------|
| Resumen..... | viii |
| Introducción..... | 1 |
| Síndrome del Intestino Irritable (SII)..... | 1 |
| Síntomas..... | 1 |
| Clasificación del SII..... | 2 |
| Prevalencia..... | 2 |
| Etiología..... | 3 |
| Cuadro Clínico..... | 6 |
| Curso Clínico..... | 7 |
| Diagnóstico..... | 8 |
| Tratamiento..... | 10 |
| Relación entre SII, Ansiedad y Depresión..... | 12 |
| Ansiedad..... | 16 |
| Modelos Explicativos..... | 16 |
| Definición..... | 21 |
| Tipos de Ansiedad..... | 22 |
| Cuadro Clínico..... | 22 |
| Prevalencia..... | 24 |
| Etiología..... | 24 |
| Diagnóstico..... | 26 |
| Intervención Psicológica..... | 27 |
| Depresión..... | 28 |
| Modelos Explicativos..... | 29 |

| | |
|--------------------------------------------|----|
| Definición..... | 31 |
| Clasificación..... | 32 |
| Prevalencia..... | 32 |
| Cuadro Clínico..... | 33 |
| Etiología..... | 35 |
| Intervención Psicológica..... | 36 |
| Técnicas de Respiración y Relajación..... | 38 |
| Técnicas de Control de la Respiración..... | 39 |
| La Relajación Progresiva..... | 44 |
| El Entrenamiento Autógeno..... | 48 |
| Imaginería..... | 51 |
| Propósito de la tesis..... | 54 |
| Método..... | 57 |
| Sujeto..... | 57 |
| Materiales..... | 57 |
| Instrumentos..... | 57 |
| Procedimiento..... | 58 |
| Resultados..... | 65 |
| Discusión..... | 78 |
| Lista de Referencias..... | 95 |

Lista de figuras

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Número de episodios de gastritis por día, durante la línea base y el tratamiento..... | 66 |
| Figura 2. Promedio de la duración de los episodios de gastritis por día, durante la línea base y el tratamiento..... | 67 |
| Figura 3. Promedio de la intensidad de los episodios de gastritis por día, en la línea base y en el tratamiento..... | 69 |
| Figura 4. Número de episodios de colitis por día, durante línea base y tratamiento..... | 70 |
| Figura 5. Promedio de la duración de los episodios de colitis por día, durante la línea base y tratamiento..... | 71 |
| Figura 6. Promedio de la intensidad de los episodios de colitis por día, durante línea base y tratamiento..... | 72 |
| Figura 7. Número de episodios de dolor abdominal por día, incluyendo los días de línea base y el tratamiento..... | 74 |
| Figura 8. Promedio de la duración de los episodios de dolor abdominal por día, incluyendo los días de línea base y tratamiento..... | 75 |
| Figura 9. Promedio de la intensidad de los episodios de dolor abdominal por día, incluyendo los días de línea base y tratamiento..... | 76 |
| Figura 10. Cantidad de cigarrillos fumados por día, durante los días de línea base y tratamiento..... | 77 |

Resumen

Actualmente el Síndrome del Intestino Irritable (en adelante SII) es uno de los trastornos digestivos más comunes. Se ha demostrado que los pacientes con SII presentan altos niveles de ansiedad y depresión en comparación con personas que no padecen SII. El tratamiento de este trastorno ha incluido el uso de medicamentos, así como el uso de procedimientos psicológicos como las Técnicas de Relajación. Con el objetivo de comprobar la eficacia de las Técnicas de Relajación en pacientes con SII, se empleó la Técnica de Respiración Profunda, la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, el Entrenamiento Autógeno e Imaginería para disminuir la sintomatología asociada al SII y los niveles de ansiedad y depresión del sujeto. En la presente tesis, se trabajó con un paciente que padecía síntomas asociados al SII y la intervención terapéutica consistió en la aplicación de las Técnicas de Relajación en un total de 5 sesiones de entrenamiento y 30 sesiones de tratamiento. Antes de iniciar la intervención con el paciente y al final del tratamiento, se midieron los niveles de ansiedad y depresión del sujeto. En un inicio, el sujeto se encontró en un nivel de ansiedad moderada-grave y al final del tratamiento la ansiedad fue leve. En diferentes estudios se reportó que con una alta frecuencia los pacientes que sufren SII en algún momento experimentan depresión. En la presente tesis se encontró ausencia de depresión tanto al principio, como al final del tratamiento. También se encontró que las Técnicas de Relajación resultaron eficaces para disminuir la duración, frecuencia e intensidad de los síntomas del SII, así como los niveles de ansiedad.

Palabras clave: Síndrome del Intestino Irritable, ansiedad, depresión, técnicas de relajación, humanos.

Síndrome del Intestino Irritable

El Síndrome del Intestino Irritable (en adelante SII) consiste en un trastorno intestinal caracterizado por la presencia de dolor abdominal y cambios en el hábito defecatorio, que aparecen sin alteraciones estructurales ni bioquímicas que justifiquen la presencia de los síntomas. El dolor abdominal se caracteriza por mejorar al defecar. Los cambios en el hábito defecatorio pueden consistir en diarrea, estreñimiento o en una forma de defecar irregular, con días de diarrea y otros de estreñimiento. Estos síntomas pueden presentarse de forma continua o discontinua, pero siempre tienen un curso prolongado (Moreira y López San Román, 2005).

Síntomas

Los síntomas típicos del SII (dolor abdominal y alteraciones en el hábito defecatorio) suelen acompañarse de síntomas intestinales entre los que destacan distensión o hinchazón abdominales, así como presencia de moco en las heces, tenesmo rectal (no quedarse satisfecho tras la defecación) o escapes de heces (incontinencia fecal). Otros síntomas intestinales relativamente frecuentes son flatulencia, ardor de estómago que asciende por la región central del tórax, dolor torácico, sensación de saciedad precoz al comer, digestiones lentas y dolor anal (Moreira y López San Román, 2005).

Entre los síntomas no intestinales sobresalen molestias al orinar, dolores musculares y óseos, cansancio y dolor de cabeza. Además, con una frecuencia elevada, estos pacientes presentan alteraciones psicológicas como ansiedad,

depresión, angustia y preocupación excesiva por la enfermedad. Los síntomas pueden ser de intensidad muy variable y combinarse de diferentes formas (Moreira y López San Román, 2005).

Clasificación del SII

La severidad de los síntomas del SII se determina por la intensidad, frecuencia, grado de dificultades psicosociales, efecto sobre las actividades cotidianas y frecuencia de utilización de los servicios de salud. Así, el SII se puede clasificar en leve (síntomas infrecuentes con poca discapacidad), moderado (puede interferir ocasionalmente con las actividades diarias) y severo (con síntomas que afectan considerablemente las actividades cotidianas y la calidad de vida). Se considera que de todos los pacientes con SII, el 70% tiene manifestaciones leves, el 25% tiene manifestaciones moderadas y el 5% severas (Molano, 2003).

Prevalencia

El SII es uno de los trastornos funcionales digestivos más comunes. Con el uso del término SII se enfatiza que se trata de un síndrome y no de una enfermedad, que las alteraciones motoras y sensitivas 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 puede causar dolor, malestar y puede alterar de manera importante la calidad de vida. Sin embargo, no predispone a otros trastornos crónicos y no disminuye la esperanza de vida (Talley, 1994, citado en Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso, 2004).

En los países industrializados, el SII tiene una prevalencia del 10 a 15%, siendo más frecuente en mujeres con una relación de 3:1 con respecto a los hombres (Drossman et al., 2002; Drossman et al., 1993). Con respecto a la edad de inicio del SII, se ha observado en grupos jóvenes de aproximadamente 15 a 34 años (Olatunji, Tolin y Lohr, 2004). La frecuencia del SII disminuye con la edad y con el tiempo más del 30% se convierten en pacientes asintomáticos (Estopá Duesó, Jorquera, Santos Martín y Veiga Fernández, 2004).

El SII es un trastorno que puede afectar del 10 al 20% de la población mexicana (López-Colombo, Bravo-González y Corona-López, 2006, citado en Remes-Troche et al., 2010).

Etiología

La fisiopatología del SII no se comprende por completo. Se han propuesto múltiples mecanismos para explicar el origen de este síndrome, entre los que se incluyen alteraciones de la motilidad, factores inflamatorios, hipersensibilidad visceral, factores psicosociales, factores dietéticos y alteraciones de la función cerebral (Otero, 2005; Valenzuela, 2008; Olden, 2005). A continuación se explicará cada mecanismo.

En cuanto a las alteraciones de la motilidad la mayoría de las investigaciones sobre el SII, se centraron en las alteraciones de la motilidad gastrointestinal (Olden, 2005). En un inicio, esta aproximación parecía ser acertada, ya que los síntomas del SII como diarrea, estreñimiento y flatulencia sugerían una motilidad gastrointestinal anormal. A pesar de esto, algunos estudios

han demostrado que los pacientes pueden experimentar síntomas significativos de SII sin mostrar alteraciones de la motilidad. Así mismo, los pacientes pueden tener alteraciones significativas de la motilidad del colon o intestino delgado a menudo sin síntomas de SII, lo que sugiere que otros factores, más que la motilidad anormal, desempeñan un papel en la generación de los síntomas del SII (Olden, 2005).

Respecto a los factores inflamatorios, la observación clínica de que algunos pacientes con SII relacionan el inicio de sus síntomas tras un episodio de gastroenteritis aguda se ha confirmado con diversos estudios epidemiológicos que determinaron que entre el 7 y el 31% de los pacientes que sufrieron una gastroenteritis aguda desarrollaron SII (Balboa et al., 2005). Los factores de riesgo asociados al desarrollo de SII en pacientes que han sufrido una gastroenteritis son la existencia de trastornos psicológicos previos como la ansiedad o la depresión (Gwee et al., 1999; Dunlop, Jenkins, Neal y Spiller, 2003, citado en Balboa et al., 2005) o haber tenido una gastroenteritis de curso más largo y más grave (Balboa et al., 2005). Los mecanismos por los que se desarrolla SII tras un episodio de gastroenteritis son básicamente inflamatorios, de forma que la inflamación mínima de la mucosa sería importante (Balboa et al., 2005).

En los últimos 20 años, varios estudios han reportado anormalidades en la sensibilidad visceral en pacientes con SII. La aplicación de diversos estudios como la estimulación eléctrica del recto, han demostrado un bajo umbral para el dolor en pacientes con SII, también se ha mostrado que estos pacientes pueden tener un

incremento de conciencia de la función normal de la motilidad gastrointestinal (Olden, 2005).

En cuanto a los factores psicosociales, Henningsen, Zimmermann y Sattel (2003) realizaron un estudio en el que se evaluó la asociación de los síntomas físicos funcionales con la ansiedad y la depresión. Concluyeron que los pacientes con síndromes funcionales (e.g., SII, síndrome de fatiga crónica, dispepsia funcional) padecen una depresión o un trastorno de ansiedad con una frecuencia mayor que los sujetos sanos o que los pacientes con enfermedades de causa orgánica conocida. Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en los pacientes con SII son los trastornos afectivos, ansiedad y somatización. Por otro lado, el estrés psicológico agudo puede afectar la actividad motora y la percepción visceral, lo que explicaría por qué los pacientes con SII relacionan los episodios de exacerbación de sus síntomas con situaciones estresantes (Drossman, Creed, Olden, Svelund, Toner y Whitehaed, 1999).

Respecto a los factores dietéticos, se ha reportado que la dieta influye en el desencadenamiento de los síntomas. Antes de elaborar un diagnóstico definitivo del SII, se debe descartar la presencia de intolerancias alimenticias, sobre todo a la lactosa. De acuerdo con diferentes autores, la dieta no es la causa del SII sino un desencadenante (Estopá Duesó, Jorquera, Santos Martín y Veiga Fernández, 2004).

Otro factor que contribuye al SII es la relación del Sistema Nervioso Central con la actividad del intestino. La conexión nerviosa cerebro-intestinal, une al

Sistema Nervioso Entérico (SNE) y al Sistema Nervioso Central (SNC). Esta conexión nerviosa está compuesta por la sensibilidad aferente visceral y por la regulación de la actividad motora intestinal por parte de los centros corticales superiores. En el desarrollo de estas funciones intestinales están implicados una variedad de neurotransmisores. Se ha propuesto que uno de los principales factores que contribuyen a la etiología del SII son fallas en la función de los neurotransmisores implicados en la actividad intestinal (Bernstein, 2002; Olden, 2005).

Cuadro Clínico

Dentro de las principales manifestaciones clínicas digestivas del SII, se encuentran (Balboa et al., 2005):

- Dolor o malestar abdominal: El dolor o malestar abdominal es un síntoma exigido como criterio diagnóstico sin el cual no se puede hacer referencia al SII. Suele ser cólico, de localización variable y su intensidad suele modificarse con la defecación o las ventosidades.
- Diarrea: La diarrea suele ser diurna, semilíquida o líquida, acompañada en muchas ocasiones de urgencia defecatoria, gas abundante y puede también ser precedida de dolor cólico abdominal.
- Estreñimiento: El estreñimiento suele ser de heces duras que se eliminan con esfuerzo defecatorio y que se puede acompañar con mucosidad sin sangre. Suele acompañarse de distensión abdominal. Es más frecuente en la mujer que en el

hombre, al igual que sucede con la distensión abdominal o la sensación de evacuación incompleta.

- Otros síntomas digestivos: Sensación de evacuación incompleta, disfagia ocasional, saciedad postprandial precoz, náuseas, vómitos, reflujo esofágico, pirosis, dispepsia no ulcerosa y halitosis (Duesó, Jorquera, Martín y Fernández, 2004).

- Otros síntomas extradigestivos: Ginecológicos y sexuales (dismenorrea, alteraciones en el sangrado menstrual, dolor pélvico crónico, disminución de la actividad sexual y síndrome premenstrual). Urinarios (urgencia miccional, sensación de evacuación incompleta de la orina). Cardiorespiratorios (palpitaciones, respiración recortada). Aparato locomotor (dolores musculoesqueléticos, síndrome de fatiga crónica y dolor de espalda). Neuropsiquiátricos (cefalea, dificultad para conciliar el sueño, letargia, rigidez, depresión mayor, ansiedad generalizada y crisis de pánico (Estopá Duesó, Jorquera, Santos Martín y Veiga Fernández, 2004).

Curso Clínico

El curso clínico del SII se caracteriza por la presencia de síntomas alternando con periodos asintomáticos. Una vez hecho el diagnóstico clínico del SII, la probabilidad de que se diagnostique un trastorno gastrointestinal orgánico es de un 2 a un 5%, en un periodo de 6 meses a 6 años (Balboa et al., 2005).

Diagnóstico

El primer intento por definir los síntomas necesarios para establecer un diagnóstico del SII fue el realizado por Manning (1978). Los Criterios de Manning han demostrado ser un instrumento sensible y específico para diagnosticar el SII (Olden, 2005; Estopá Duesó, Jorquera, Santos Martín y Veiga Fernández, 2004). Para ser diagnosticados con SII conforme a los Criterios de Manning las personas deben de padecer los siguientes síntomas:

- Dolor abdominal frecuente (más de 6 episodios al año), que mejora con la deposición.
- Deposiciones blandas/pastosas al inicio del dolor.
- Aumento del número de deposiciones con el inicio del dolor.
- Sensación de distensión abdominal.
- Mucosidad en las deposiciones.
- Sensación de tenesmo rectal (evacuación incompleta).

En un intento de mejorar este proceso diagnóstico, equipos de trabajo multinacionales fueron convocados a desarrollar criterios diagnósticos para los trastornos gastrointestinales funcionales. Estos equipos se reunieron en Roma, Italia en 1988. Este comité de Roma desarrolló criterios diagnósticos para el SII. Los Criterios diagnósticos de Roma I fueron publicados en 1992 y los Criterios de Roma II en 1999, actualmente vigentes (Olden, 2005; Valenzuela, 2008).

Los Criterios Diagnósticos de Roma II son los siguientes:

- Dolor o malestar abdominal, al menos 12 semanas en el último año, no necesariamente consecutivas, asociado al menos a dos de las siguientes características:

- Se alivia con la defecación.
- Se asocia a cambio en el ritmo deposicional.
- Se asocia a cambio en la consistencia de las heces.

Apoyan el diagnóstico aunque no son imprescindibles:

1. Alteración de la frecuencia deposicional.
2. Alteración en la consistencia de las deposiciones.
3. Alteraciones de la evacuación (esfuerzo, urgencia, incompleta).
4. Moco en la deposición.
5. Hinchazón o distensión abdominal.

La amplia variación de la sintomatología explica la dificultad para identificar marcadores diagnósticos del SII. Así, el diagnóstico del SII se basa en las pautas comportamentales y en las referencias verbales del paciente acerca de los síntomas (Benasayag et al., 2004).

Los modelos actuales para el diagnóstico y tratamiento del SII implican la consideración de factores biológicos y psicológicos, ya que los síntomas son el

resultado de múltiples factores interrelacionados, que incluyen los mecanismos fisiopatológicos, estresantes ambientales, comorbilidad psicológica y psiquiátrica y factores cognitivos como conducta de enfermedad y estilos individuales de afrontamiento (Olden, 2005).

Tratamiento

Las recomendaciones de tratamiento para pacientes con SII, se han categorizado en subgrupos a partir de la gravedad de los síntomas (Olden, 2005):

- Pacientes con síntomas leves: Aproximadamente, el 70% de los pacientes se clasifican en esta categoría y se manejan con medidas como educación y modificación en el estilo de vida. Se recomienda una modificación de la dieta como la reducción de ingesta de lactosa, grasas, alcohol y cafeína y en pacientes con estreñimiento, se recomienda la ingesta de fibra (Olden, 2005).
- Pacientes con síntomas moderados: Aproximadamente el 25% de los pacientes tienen síntomas moderados de SII y pueden presentar niveles de estrés. La terapia farmacológica se centra en los síntomas de SII, mientras que la terapia psicológica se centra en los niveles de estrés. Se sugiere el empleo de tratamientos conductuales, como técnicas de relajación (Olden, 2005).
- Pacientes con síntomas graves: El 5% de los pacientes describen un dolor constante y tienen altos niveles de invalidez. A menudo, presentan un deterioro funcional significativo, una baja calidad de vida y suelen tener altas probabilidades de comorbilidad psicológica (trastornos de ansiedad, depresión y somatomorfos).

El tratamiento es multimodal, ya que se aborda el tratamiento clínico y psicológico (Olden, 2005).

Con respecto al tratamiento del SII, el apoyo del médico y la confianza del paciente hacia el médico son fundamentales. El médico debe tranquilizar y educar al paciente indicándole el origen del trastorno, explicándole los motivos por los que aparecen los síntomas y ayudándole a detectar y controlar los factores desencadenantes. Algunas variaciones en la dieta pueden ayudar, como el disminuir la ingesta de grasas e ingerir alimentos ricos en proteínas pueden mejorar el dolor abdominal y la urgencia defecatoria. El consumo de abundante fibra dietética (frutas, verduras, salvado de trigo, entre otros) y agua (1 a 2 litros diarios) puede ser útil para combatir el estreñimiento. Asimismo, el ejercicio físico regular mejora el dolor abdominal y el estreñimiento (Moreira y López San Román, 2005).

Al respecto del tratamiento farmacológico, se han utilizado para el control del dolor fármacos antidopaminérgicos y antagonistas del calcio (domperidona y diltiazem) para bloquear la respuesta motora del colon a la comida, pero son de poca eficacia y pueden aumentar el estreñimiento. Actualmente, existen nuevos tratamientos entre los que se encuentran: Tegaserod, Fedotozina, Loxiglumida, Ondansetrón y alosetrón, Zamifenacina y Leuprolida (Estopá Duesó, Jorquera, Santos Martín y Veiga Fernández, 2004).

Relación entre SII, Ansiedad y Depresión

El SII es uno de los diversos trastornos gastrointestinales que pueden asociarse a alteraciones psicológicas. Los pacientes con este síndrome pueden sufrir de un amplio espectro de trastornos psicológicos, entre los que se incluyen trastornos de ansiedad, trastornos de ánimo como depresión (Olden, 2005).

Cía (2002) definió a la ansiedad como un estado de malestar psicofísico caracterizado por una perturbación o inquietud y por una inseguridad o temor ante lo que se vive como una amenaza inminente. Por otro lado, la depresión es un sentimiento persistente de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto (Baena, Sandoval, Urbina, Helen y Villaseñor, 2005).

Otra característica de los pacientes con SII es que a menudo mencionan situaciones de estrés inmediatamente antes de que se establezca el trastorno. Por ejemplo, en el estudio de Creed, Craig y Farmer (1988) más del 50% de estos pacientes de su muestra relacionan la aparición de los síntomas con la vivencia de algún suceso estresante como dificultades en el trabajo, muerte de algún familiar entre otros.

Benasayag et al. (2004) plantearon que un sector importante de los clínicos mantiene la idea de que el SII es un trastorno psicológico y subrayan la importancia de los factores emocionales en la patogénesis de este síndrome.

Otros autores propusieron la idea de que la ansiedad o la depresión son la consecuencia directa del sufrimiento experimentado y generado por la propia

enfermedad (Benasayag et al., 2004). En este sentido, la depresión y ansiedad en los pacientes con SII, pueden deberse en parte al impacto negativo de esta enfermedad sobre la calidad de vida percibida (Drossman, 1995, citado en Vinaccia et al., 2005).

Benasayag et al. (2004) mencionaron que quizá una hipótesis más acorde con el enfoque psicológico del SII, y que debería ser investigada con mayor profundidad, sería que una cierta predisposición psicológica puede favorecer la aparición de molestias intestinales y, a su vez, tales molestias intestinales, pueden exacerbar los rasgos psicológicos originándose un círculo vicioso recurrente.

Cornejo y Villarreal (2005) realizaron un estudio con la finalidad de describir la prevalencia y la relación entre SII y síntomas depresivos en un grupo de pacientes hospitalizados. Se estudió un total de 282 pacientes a quienes les aplicaron los Criterios de Roma II para estimar la prevalencia de síntomas gastrointestinales y el Inventario de Beck para realizar el diagnóstico de depresión. Los resultados obtenidos fueron que el 31.9% de los entrevistados presentaron síntomas de SII, de los cuales el 75.5% tuvieron síntomas de depresión. Los autores concluyeron que existió una alta prevalencia entre depresión y SII en la muestra estudiada.

El SII afecta la calidad de vida de los pacientes, principalmente por su incidencia en los ámbitos cotidianos, como el laboral, social, sexual, entre otras. El concepto de calidad de vida implica considerar las repercusiones de la enfermedad y sus tratamientos de acuerdo con la perspectiva del paciente

(Molano, 2003), así como el compromiso funcional del individuo como su sensación de bienestar (Molano, 2003). El concepto de calidad de vida relacionado con la salud incluye las percepciones del paciente, la sensación de enfermedad y el estado funcional debido a una enfermedad (Guyatt, Feeny y Patrick, 1993; Whitehead, Burnett, et al., 1996, citado en Molano, 2003). Al parecer, la calidad de vida no se ve deteriorada sólo por la severidad de los síntomas del SII, sino por su relación con factores psicosociales, que son los predictores más importantes de la calidad de vida de estos pacientes (Tobon, Sandin y Vinaccia, 2005, citado en Vinaccia, 2005).

Vinaccia et al. (2005) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida, ansiedad y depresión en 73 personas diagnosticadas con SII y observar si existe relación entre estas variables. Emplearon el Cuestionario de Calidad de Vida SF36 y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). El SF36 evalúa Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) y Evolución declarada de la salud (valoración de la actual salud comparada con la de un año atrás). No se observó un detrimento severo en la calidad de vida de estos pacientes probablemente debido a que algunas dimensiones que han demostrado tener un impacto importante sobre ella, se encontraban altamente preservadas,

como fueron función física, rol físico y función social. Por otro lado, la ansiedad y depresión se relacionaron con la calidad de vida de los pacientes con SII, a mayor ansiedad menores sentimientos de energía y vitalidad y mayor detrimento en la salud mental, y a mayor depresión, menores sentimientos de vitalidad, menor rol emocional y salud mental. Los resultados encontrados por estos autores confirman la importancia de considerar los factores psicológicos sobre la percepción de calidad de vida de los pacientes con SII.

Resulta de gran importancia para el tratamiento del SII, la psicoeducación, ya que cumple una función informativa, que tranquiliza y permite derribar mitos acerca del trastorno. Constituye la primera etapa del proceso terapéutico, cuya finalidad es transmitir la información necesaria para facilitar la tarea terapéutica y ampliar sus alcances (Bernstein, 2002).

La naturaleza psicológica del SII sugiere que su tratamiento no depende sólo del tratamiento médico, sino que también implica la aplicación de técnicas como la psicoterapia (Olden, 2005). Otros modelos que se emplean para pacientes con SII, son las técnicas de relajación, desensibilización sistemática, biofeedback, asertividad y la combinación de intervenciones individuales o grupales con orientación cognitiva-conductual (Blanchard, 2001, citado en Olatunji, Tolin y Lohr, 2004).

Ansiedad

Los pacientes que presentan SII, a menudo presentan trastornos psicológicos, entre los más frecuentes se encuentra la ansiedad. La ansiedad es la expresión de un estado emocional en el que el sujeto se siente inquieto, tenso, en estado de alerta excesiva, atemorizado o con una profunda preocupación por cuestiones concretas, aunque en ocasiones no sabe identificar cuál es la causa de su malestar. Estas sensaciones se experimentan a nivel psíquico, manifestándose en ansiedad (Benitez et al., 2011).

Modelos Explicativos

Actualmente se considera a la ansiedad como un fenómeno unitario y se evalúa como un estado que se expresa por tres sistemas diferentes mediante el Modelo de los Tres Sistemas o Tripartito de la Ansiedad de Lang (1972). Esta teoría propone que las emociones humanas y la ansiedad, comprenden respuestas en tres sistemas comportamentales principales, consistentes en componentes independientes de conductas motoras, expresiones lingüísticas y estados fisiológicos (Cía, 2002).

Sobre la respuesta motora habitual, en relación a estímulos que licitan la ansiedad, comprende conductas evitativas y otros aspectos el comportamiento, como un aumento o disminución de la gesticulación, cambios en la postura y temblores (Cía, 2002). El componente de la expresión lingüística, llamado originalmente por Lang (1985) sistema verbal cognitivo, se refiere a los sucesos cognitivos o a la descripción verbal. Se puede comprender la percepción o

evaluación individual del estímulo, incluyendo los recuerdos del pasado, imágenes o pensamientos específicos, descripciones de la ansiedad, temor, terror, pánico y quejas asociadas de preocupaciones, obsesiones, incapacidad de concentrarse e inseguridad (Cía, 2002). El sistema fisiológico de la ansiedad, se asocia con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, con un incremento de la tasa cardiaca, respiratoria, sudoración y tono muscular (Cía, 2002).

Por otra parte Beck y Clark (1988) plantearon la Teoría Cognitiva de la Ansiedad en la Clínica, en la cual el constructo principal de esta teoría, es el concepto de esquemas. Estos autores afirmaron que las estructuras cognitivas o esquemas guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información, mediante ellos los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados, mientras que la información inconsistente o irrelevantes es ignorada u olvidada. Los esquemas desadaptativos del paciente ansioso comprenden las amenazas percibidas, físicas o psicológicas, al dominio o territorio personales, así como un sentido exagerado de vulnerabilidad. También hacen referencia al término modo que consiste en diversos grupos de reglas y conceptos que son organizados en términos de función de temas generales. En el caso de los trastornos de ansiedad, es el modo de la vulnerabilidad o el peligro el que resulta dominante (Cía, 2002).

Beck y Emery (1979) propusieron que determinados esquemas cognitivos y pensamientos automáticos son típicos de los estados de ansiedad y juegan un papel importante en el desarrollo del mantenimiento de los trastornos de ansiedad. La relación de la ansiedad con respecto a los contenidos de los esquemas y a su

funcionamiento, se ve reflejada en los temas de peligro o daño hacia el individuo. Beck (1985) dijo que cuando una amenaza es percibida, los esquemas cognitivos relevantes se activan y son utilizados para otorgar significado y evaluar el evento, mediante una serie de ajustes que permiten encajar los esquemas apropiados previos a una amenaza específica. La interpretación final es la resultante de una interacción entre el evento y los esquemas (Cía, 2002).

Beck y Emery propusieron que los individuos ansiosos, como resultado de una activación de esquemas asociados, procesan de modo selectivo la información relevante a peligros personales, considerando el esquema, como la manera en la cual la información es arreglada y representada en la memoria. Los esquemas se organizan en subsistemas y se refieren a modos correspondientes a preocupaciones motivacionales vinculadas al temor y al peligro. De acuerdo a estos autores, se puede predecir cuáles serán los prejuicios hacia cierto material que contenga una preocupación particular para un individuo determinado (Cía, 2002).

Así como las personas varían en su tendencia a experimentar síntomas ansiosos, también varían en sus temores respecto a dichos síntomas. Para la mayor parte de las personas, la ansiedad es displacentera, mientras que para otras es aterrizante. El Constructo de Sensibilidad Ansiosa, denota esas diferencias individuales en el temor hacia la ansiedad y se refiere a los temores, a los síntomas ansiosos basados en creencias de que dichos síntomas pueden tener consecuencias dañinas. Así, un individuo con elevada sensibilidad ansiosa puede creer que las palpitaciones cardíacas significan un ataque cardíaco

discapacitante; mientras que por el contrario, un individuo con baja sensibilidad ansiosa, es probable que lo considere como algo displacentero y sin consecuencias (Cía, 2002; Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

La Sensibilidad Ansiosa, fue descrita por McNally (1985) y dijo que la sensibilidad ansiosa es predictiva del comportamiento y el desarrollo de reacciones ansiosas. Las conductas predictivas comprenden el escape o la evitación de síntomas de ansiedad, en una variedad de situaciones o trastornos y está compuesta por tres factores correlacionados: el temor a las sensaciones somáticas, el temor al descontrol cognitivo y el temor a reacciones ansiosas públicamente observables (Cía, 2002; Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

El constructo de Sensibilidad Ansiosa fue desarrollado como parte de la teoría de las expectativas de Reiss, que intenta dar cuenta de las diferencias individuales en la tendencia a adquirir temores comunes y fenómenos relacionados. Este autor, propuso que la sensibilidad ansiosa puede explicar las diferencias individuales para el condicionamiento de diversos miedos y reacciones relacionadas (Cía, 2002).

Los individuos pueden variar en su tendencia a experimentar ansiedad, algunos vivencian síntomas de ansiedad ante una mínima provocación, mientras otros se ponen ansiosos sólo bajo circunstancias estresantes muy extremas. El constructo de tendencia ansiosa denota estas diferencias individuales en la predisposición ansiosa y se refiere a una tendencia general a responder de

manera temerosa a diferentes estresores, mientras que la sensibilidad ansiosa se refiere a una tendencia específica a responder de manera temerosa a los propios síntomas ansiosos.

Los enfoques comportamentales propuestos para explicar la ansiedad, hacen referencia al concepto de aprendizaje, que se define como el cambio en el comportamiento a consecuencia de la experiencia y es el proceso que permite al individuo adaptarse al medio en que vive (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008; Anderson, 2001). Este proceso de adaptación requiere la modificación del comportamiento y se realiza de acuerdo a las experiencias vividas; sin embargo, en algunas ocasiones, los comportamientos aprendidos no resultan adaptativos. En este sentido, parte de los problemas relacionados con la ansiedad tienen que ver con un mal aprendizaje o con la falta de aprendizaje. El aprendizaje es una respuesta del organismo a una estimulación provocada por los elementos externos al individuo, por lo que el hombre aprende asociaciones o conexiones entre estímulos y respuestas. (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

Las situaciones traumáticas o acontecimientos vitales pueden precipitar la aparición de un trastorno de ansiedad. En estos casos, se considera que la persona asocia un estímulo a una respuesta emocional negativa (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008). Si un acontecimiento es percibido como amenazante, el impacto será mayor que si no lo percibe de este modo (Barrio, 2002 en Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

Definición

Cía (2002) mencionó que la ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una perturbación o inquietud y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente.

La diferencia entre miedo y ansiedad radica en que el miedo es una reacción normal frente a peligros o amenazas procedentes del exterior, es decir, el miedo es una reacción ante un objeto externo identificable (Benitez et al., 2011). Por otro lado, la ansiedad es un sistema de alarma del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que afectan a la persona. La función de la ansiedad es advertir, activar al organismo y movilizarlo frente a situaciones de riesgo (Rojas, 1998; Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

La ansiedad implica tres tipos de aspectos o componentes (Cía, 2002; Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008):

- Cognitivos o de pensamiento: Se refiere a las anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias, evaluaciones de riesgo, pensamientos automáticos negativos.
- Fisiológicos: Activación del Sistema Nervioso Autónomo.
- Motores y de conducta: Inhibición o sobre activación motora, comportamiento defensivo.

Cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia. La ansiedad puede ser desencadenada por situaciones o circunstancias externas o por estímulos internos del sujeto (pensamientos, sensaciones). El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad será determinado por las características de la persona y sus circunstancias.

Tipos de Ansiedad

Existen dos tipos de ansiedad. La “ansiedad normal” que es una emoción básica, adaptativa, que surge ante un desafío o peligro, y su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación. Su duración está en relación con la magnitud y la resolución del problema que la desencadenó (Cía, 2002; Rojas, 1998). Cuando se superan los límites de intensidad y duración, se hace referencia a la “ansiedad patológica”, que interfiere de forma negativa en el funcionamiento del individuo y por lo tanto, en una forma de desadaptación (Benitez et al., 2011).

Cuadro Clínico

Los síntomas de la ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- Síntomas Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión del pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómito, nudo en el estómago, sensación de obstrucción de la garganta, tensión, rigidez muscular, cansancio, sensación de mareo e inestabilidad. En ocasiones pueden aparecer

alteraciones del sueño, la alimentación y sexuales (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008; Rojas, 1998; Cía, 2002; Capafons, 2001).

- Síntomas Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir, atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008; Rojas, 1998; Cía, 2002; Capafons, 2001).

- Síntomas Conductuales: Estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza, dificultades para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas, son acompañados de cambios en la expresividad y lenguaje corporal (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008; Rojas, 1998; Cía, 2002; Capafons, 2001).

- Síntomas Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados, tendencia a recordar cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, interpretación inadecuada (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008; Rojas, 1998; Cía, 2002; Capafons, 2001).

- Síntomas Sociales: Irritabilidad, hostilidad, dificultades para iniciar o seguir una conversación, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones, temor excesivo a

posibles conflictos (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008; Rojas, 1998; Cía, 2002; Capafons, 2001).

No todas las personas tienen los mismos síntomas ni la intensidad es la misma en todos los casos. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, de corta intensidad y duración (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

Prevalencia

Los trastornos de ansiedad afectan del 5 al 10% de la población general y tienden a incrementarse debido a los factores estresantes ambientales y a los problemas socioeconómicos actuales (Rodríguez-Landa y Contreras, 1998). En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005).

En general, la importancia social de este trastorno es elevada, ya que algunas investigaciones muestran que alrededor del 33-40% de la población puede necesitar tratamiento debido a sus problemas de ansiedad (Capafons, 2001).

Etiología

La etiología de la ansiedad es compleja y en la mayoría de los casos no existe una única causa o factor implicado. Para entender la etiología de la ansiedad, se consideran los factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos tres

sistemas están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos implica cambios en los demás (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

Factores Biológicos:

- Factores Genéticos: Los resultados de los estudios de genética sugieren que las contribuciones de los genes individuales son pequeñas, siendo probable que un mismo gen esté implicado en la aparición de diferentes trastornos de ansiedad; sin embargo, no se han identificado genes concretos que de forma específica estén implicados en un tipo u otro de problemas de ansiedad (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008; Stone, 2004).

- Sistemas hormonales: El Eje Hipotálamo-Hipófiso-Suprarrenal (HPA) trabaja en colaboración con el Sistema Nervioso Vegetativo y está implicado en la respuesta del organismo frente a situaciones de estrés. En este contexto, se produce mayor liberación de adrenalina, noradrenalina y cortisol. Estas sustancias provocan la activación general del organismo, facilitando su respuesta ante demandas externas: aumento de la frecuencia cardiaca y la respiración. Si el estrés es continuado, los recursos con los que se dispone para hacer frente a esa demanda se agotan y se producen alteraciones como dolor de cabeza, temblor, insomnio, ansiedad, tensión muscular (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).).

Factores Psicológicos:

- Trauma Psicológico: Los traumas mentales durante la época del desarrollo aumentan la vulnerabilidad individual frente a la ansiedad ante situaciones

parecidas a la del trauma original Puede tratarse de un trauma único o una serie de experiencias traumáticas (Stone, 2004).

- Estilos de afrontamiento: Cohen y Lazarus (1979) definieron al afrontamiento como los esfuerzos, tanto de acción como intrapsíquicos, orientados a dominar, reducir, tolerar y minimizar las demandas internas o ambientales y conflictos cuya tarea excede los recursos de la persona (Stone, 2004; Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008)

Factores Sociales:

- Competencia percibida: El nivel de competencia percibida se relaciona con la confianza que tiene la persona en sí misma para afrontar la situación y los recursos con los que cuenta. El sentimiento de competencia está determinado por la experiencia y la autoestima (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008; Rojas, 1998).

Diagnóstico

La ansiedad frecuentemente se relaciona con la depresión o se confunde con algún trastorno clínico, por lo que su diagnóstico resulta difícil. La capacitación de los profesionales médicos para hacer un diagnóstico temprano de la ansiedad e iniciar el tratamiento, resulta fundamental. Los médicos pueden iniciar el tratamiento en casos no complicados o referir a los pacientes a profesionales de la salud mental. Una intervención efectiva puede mejorar el funcionamiento psicosocial, aumentar la productividad y mejorar la calidad de vida del paciente (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

Intervención Psicológica

En el campo de acción de la psicología, la aplicación de las escalas diagnósticas y de evaluación de depresión y ansiedad son herramientas que apoyan y refuerzan objetivamente el diagnóstico de estos trastornos; sin embargo, la aplicación de estos instrumentos, no sustituye la elaboración de la historia clínica (Sánchez y López, 2005). Existen diversos instrumentos de evaluación de la ansiedad que resultan de gran ayuda debido a su fiabilidad, especificidad y eficiencia, entre los que se encuentran el Inventario de Ansiedad de Beck, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y la Escala de Ansiedad de Hamilton (Sánchez y López, 2005; Echeburúa, 2000).

La Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, 1959) es uno de los instrumentos más utilizados debido a que se ha comprobado que es sensible para determinar el grado de ansiedad generalizada del paciente. Consta de 14 ítems y es heteroaplicada. Funciona como una entrevista semiestandarizada, en donde el terapeuta debe de evaluar en una escala de 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima), junto con la conducta del paciente en la entrevista las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, síntomas musculares, síntomas sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios y síntomas vegetativos. La puntuación asignada a cada una de las variables debe establecerse con arreglo a una estimación combinada de la frecuencia e intensidad de los síntomas presentes. Si bien todos los ítems están ligados a un factor general de ansiedad, se pueden aislar dos factores

específicos: ansiedad psíquica (humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión y conducta en la entrevista) y ansiedad somática (síntomas musculares, síntomas sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios y síntomas vegetativos). Se puede calcular una puntuación total y una puntuación para la ansiedad psíquica y somática. Ésta escala permite emitir un juicio cuantitativo sobre la intensidad de la ansiedad del paciente y su evolución bajo la influencia del tratamiento (Sánchez y López, 2005; Echeburúa, 2000).

Una vez realizado el diagnóstico, se plantea la intervención terapéutica con el paciente. Entre las modalidades de psicoterapia empleadas para tratar la ansiedad se encuentran la Psicoeducación y la Terapia Cognitivo Conductual, dentro de las cuales se encuentran las Técnicas de Respiración y Relajación (Cía, 2002; Bulbena et al, 2008).

El SII y la ansiedad se encuentran relacionadas. Diversos autores sugieren la importancia de considerar los trastornos psicológicos en el SII, ya que algunos pacientes reportan acontecimientos estresantes previos a la instauración del trastorno o manifiestan ansiedad como consecuencia de los síntomas.

Depresión

Otro de los trastornos psicológicos que se encuentra relacionado con el SII, es la depresión. La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo en su totalidad. Es un sentimiento

persistente de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto (Baena, Sandoval, Urbina, Helen y Villaseñor, 2005).

Modelos Explicativos

La Teoría Cognitiva-Comportamental postulada por Beck, acentúa la importancia de los pensamientos del sujeto en cuanto a su nivel de actividad y estado de ánimo. En este sentido, Beck describió la tríada cognitiva que aparece típicamente en la depresión como (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001):

- Visión negativa o pesimista de sí mismo.
- Visión negativa del mundo (de la relación con los demás o del entorno).
- Visión negativa del futuro.

El problema parte de que los pensamientos son una visión distorsionada de la realidad, por lo que aumenta su influencia en la aparición del estado de ánimo depresivo.

Con la Teoría de la Indefensión Aprendida, Seligman, establece una relación entre la ocurrencia de pérdidas y la aparición de la depresión. Propone que las personas que experimentan cambios sobre los que no perciben el poder ejercer control alguno aprenden a verse a sí mismas como indefensas, por lo que no intentan llevar a cabo ningún tipo de acción para modificar su situación.

Posteriormente, la teoría fue revisada por Seligman, Abramson y Teasdale en

1978 e incorporaron la “teoría de la atribución” que consiste en que los individuos depresivos son más proclives a responsabilizarse de los resultados negativos, atribuyéndolos a causas internas, mientras que los no depresivos tienden a no sentirse responsables de los resultados negativos, que atribuyen a causas externas (González, González, Gil, Carrasco y García,2001).

La Teoría del Autocontrol, propuesta por Rehm, se basa en la importancia que atribuye, como principales agentes causales de la depresión a la auto-evaluación, la auto-observación y el auto-refuerzo. Dentro de la perspectiva conductual se centra en la valoración del propio comportamiento y en la capacidad de la persona para ser su propia fuente de refuerzo. En su esquema conceptual caracteriza a los pacientes depresivos como personas que atienden más a la información y evaluación negativas, a la vez que son menos conscientes de las consecuencias positivas de su comportamiento (González, González, Gil, Carrasco y García,2001).

Una última teoría que pretende explicar el mecanismo de la depresión es la Teoría del Conductismo Paradigmático de la Depresión. Esta teoría, propuesta por Staats y Heiby, busca la integración de varios factores causales. El modelo sostiene que los factores causales de la depresión son de tres tipos (González, González, Gil, Carrasco y García,2001):

- Ambientales: cambios en la disponibilidad de acontecimientos ambientales que poseen para el individuo cualidades reforzantes y afectivas.

- Biológicos: necesarios para el mantenimiento de la homeostasis y el desarrollo de comportamientos básicos.
- Repertorios básicos de conducta: habilidades sociales, autorrefuerzos y cognitivo-lingüístico.

Definición

Rojtenberg (2006) definió a la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

Rebordosa (1999) mencionó que la depresión es una enfermedad que afecta a todo el organismo, tanto en los aspectos físicos como en los mentales y no es una enfermedad psicológica simple ya que existe un componente físico; no tiene uniformidad de síntomas, puede estar encubierta con otra enfermedad, física o psíquica; no evoluciona de la misma forma en todos los pacientes, ni sigue el mismo curso clínico y no es una enfermedad que alguien se pueda provocar a sí mismo (González, González, Gil, Carrasco y García,2001)

Desde la psicología conductual, Vallejo (1998) mencionó que el trastorno depresivo es la consecuencia de la incapacidad para resolver, de un modo adecuado, un problema o problemas. La persistencia del problema y la inexistencia de estrategias efectivas para abordarlo, puede llevar a la persona a una situación de pasividad, de entrega y de renuncia que supone el padecimiento

de un trastorno depresivo. Por lo tanto, afecta a la persona produciendo cambios en todas las áreas de su comportamiento (Chinchilla, 1999).

Clasificación

González, González, Gil, Carrasco y García (2001) propusieron una clasificación de la depresión, de acuerdo a las causas que inciden en su aparición:

- Depresión endógena: son conocidas como melancolías y su origen es biológico.
- Psicosociales: causadas por trastornos de la personalidad, por conflictos o distrés ambiental.
- Somatógenas: son secundarias a diversas enfermedades o medicamentos.

Prevalencia

Con respecto a la prevalencia de la depresión, se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. En el Informe Mundial sobre la Salud, 2001 (citado en Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005), se mencionó que la prevalencia de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobra mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005).

Chinchilla (1999) mencionó que la proporción mujeres/hombres es de 2-3:1 y el riesgo de depresión es del 4% durante la vida. Así mismo, menciona que el 80% de los individuos depresivos no reciben tratamiento y del 20-30% de las depresiones no responden a ellos.

Por otra parte, Rojtenberg (2006) describió que el riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado que en aquellos que no tienen antecedentes familiares y en aquellos con una historia familiar de problemas afectivos o alcoholismo, enfermedades crónicas, trastornos de la personalidad, historia de eventos traumáticos o abuso infantil. El 15% de los deprimidos internados se suicidan y la edad de aparición del primer episodio es cada vez más temprana y el comienzo precoz incrementa el riesgo de recurrencia y cronicidad.

Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de la depresión en México. En sus hallazgos encontraron que la prevalencia es de 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres, se incrementa con la edad y conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión.

Cuadro Clínico

La depresión provoca una sintomatología muy variada. Estos síntomas pueden agruparse en torno a tres grandes áreas: Físicas, Emocionales y Cognitivas.

- Alteraciones Físicas: Astenia (sensación de fatiga, de incapacidad de llevar a cabo el menor esfuerzo), alteraciones del apetito (sensación de nudo en el estómago, sensación de asco, rechazo de alimentos, olores y sabores, disminución o incremento de peso), alteraciones digestivas (dolores de estómago, sequedad de boca, sensación de plenitud gástrica, estreñimiento favorecido por la escasa ingesta alimentaria y falta de ejercicio), dolores musculares (pueden generalizarse a todo el sistema locomotor, lo que justifica su deseo de descanso e inactividad física), sensación distérmica (sensación de frío constante en las extremidades, producida por la escasez de aporte calórico y las alteraciones en los reguladores del torrente sanguíneo, sequedad y frialdad), trastornos sexuales (pérdida general de libido, impotencia en el hombre o una incapacidad orgásmica en las mujeres), alteraciones visuales y del equilibrio (disminución de la agudeza visual, mareo y vértigo), cefaleas, alteraciones de los ritmos vitales (circadiano, sueño-vigilia, insomnio, despertar precoz o prematuro tras pocas horas de sueño, hipersomnia y estacional) (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001; Suárez y Pujol, 2009; Chinchilla, 1999).

- Alteraciones Emocionales: Fenotípicamente, resalta la marcada expresión de tristeza (mueca de seriedad, gestos abatidos, brazos caídos, mirada de angustia o perdida en el espacio), tendencia a evitar el contacto con los demás, incluso familiares y amigos, comportamientos de dependencia (esto refuerza el sentimiento de invalidez y se percibe con mayor grado de inutilidad), abatimiento generalizado (desesperanza, tristeza, apatía, pérdida de interés), disminución de la actividad física (inhibición en la realización de las tareas, dificultad para realizar

tareas mínimas de aseo personal, pasividad general), llanto fácil, dificultad general para controlar las emociones, intentos de suicidio y comportamientos autodestructivos (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001; Suárez y Pujol, 2009; Chinchilla, 1999).

- Alteraciones Cognitivas: Dificultad para concentrarse y mantener la atención, lenguaje empobrecido (lento, con respuestas simples y monosílabos, hablar poco, despacio, en tono bajo), problemas de memoria (debido a una atención disminuida y el depresivo se centra en sí mismo), lentitud de respuesta incrementada por la incapacidad mental de elaborar algo coherente y amplio, hipersensibilidad a lo que los demás dicen, disminución de la autoestima, autorreproches y pensamientos negativos hacia sí mismo o hacia el medio social, dificultad para la toma de decisiones y sentimiento de agobio, pensamiento absolutista y deseo de escapar de todo (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001; Suárez y Pujol, 2009; Chinchilla, 1999).

Etiología

La causa de la depresión no se conoce actualmente con precisión, por lo que se manejan diferentes teorías que intentan explicar el mecanismo etiopatogénico de la enfermedad (Chinchilla, 1999). En las teorías de base biológica, se parte del supuesto de que la depresión es causada por una disfunción neuroquímica cerebral, cuyas características se basan en la función de los neurotransmisores. Las hipótesis más relevantes son las siguientes:

- Disminución de la actividad de las catecolaminas: Ésta hipótesis plantea que la depresión está originada por una disminución en los niveles de dopamina, adrenalina y noradrenalina (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001; Chinchilla, 1999).
- Alteración de la serotonina: La hipótesis surge a raíz de la observación de una disminución de la actividad de serotonina a nivel del sistema nervioso central (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001; Chinchilla, 1999).
- Psicobiológica de vía final común: Ésta hipótesis considera que la depresión es el resultado de la actuación conjunta de los desencadenantes psicosociales, estado y condiciones fisiológicas generales, historia personal del paciente, rasgos de personalidad y predisposición genética (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001; Chinchilla, 1999).

Además de las teorías biológicas, se consideran los factores psicosociales:

- Factores psicosociales: Entre los que se pueden mencionar la falta de participación en actividades sociales y/o profesionales, jubilación, situación económica, desempleo, inseguridad social, ruptura de redes sociales, etc. (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001).

Intervención Psicológica

El diagnóstico de la depresión es clínico, efectuándose en función del cumplimiento del DSM-IV (González, González, Gil, Carrasco y García). En el campo de la psicología se emplean pruebas psicométricas para evaluar la

depresión e identificar algunos síntomas y valorar la intensidad del trastorno. Entre los instrumentos más utilizados se encuentran la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Evaluación de la Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y el Inventario de Depresión de Beck (Vázquez y Jiménez, 2000; De la Garza, 2004; Sánchez Pérez y López Cárdenas, 2005).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI), fue elaborada por Beck y cols. en 1978. Es un instrumento autoaplicado que consta de 21 ítems que evalúan síntomas depresivos: cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. El BDI cubre bastante bien los síntomas descritos en el DSM-IV. La confiabilidad de esta prueba es de 0,93 y su validez es de 0,74. Esta escala se emplea para evaluar la presencia de síntomas depresivos en adultos y existe una versión para niños. Uno de los problemas, es que a pesar de la sencillez de la prueba, puede resultar difícil para pacientes muy graves o con enlentecimiento. La aplicación tiene una duración de entre 10 y 15 minutos (Vázquez y Jiménez, 2000; De la Garza, 2004; Sánchez Pérez y López Cárdenas, 2005).

En el campo de acción de la psicología, se emplea la evaluación psicológica para determinar el tipo de depresión, la concurrencia o no de otras alteraciones conductuales, su diferenciación con respecto a otros trastornos, la gravedad o intensidad de los síntomas, los recursos del paciente para enfrentar la enfermedad, la extensión e interferencia del trastorno en el entorno ambiental del paciente (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001).

La combinación de la terapia farmacológica con la aplicación de la psicoterapia, resulta de gran eficacia para obtener mejores resultados. La aplicación de distintas modalidades terapéuticas dependerá del tipo de trastorno depresivo, de las características y del historial clínico del paciente (González, González, Gil, Carrasco y García, 2001).

Existe una relación entre SII y alteraciones psicológicas como la depresión, ya que los pacientes que presentan SII, presentan altos niveles de depresión, ya sea como consecuencia directa de la enfermedad o como antecedente del trastorno.

Técnicas de Respiración y Relajación

Existen diversos tratamientos para el SII, entre los que se encuentran las Técnicas de Relajación. Jacobson y Shultz, fueron los pioneros en sistematizar ejercicios para la inducción de la distensión muscular, pues concluyeron que la relación entre los estados de tensión y emocionales generarían problemas de salud (Granda y Saez, 2000).

La relajación es fundamentalmente un estado físico y psíquico que se opone radicalmente a cualquier estado de tensión. El estado de relajación es una vivencia subjetiva de calma y esta experiencia está definida por la falta de actividad que busca el reposo más eficaz (González, 1992). La relajación es importante para la regulación del organismo y la prevención de aquellos estados de tensión muscular. En una sesión de relajación, se le facilita al usuario la toma

de conciencia de las situaciones estresantes, para prevenir los estados de tensión orgánica (Granda y Saez, 2000). Las técnicas de relajación se definen como instrumentos psicoterapéuticos para el tratamiento de trastornos emocionales, psicósomáticos y médicos basados en una profunda toma de conciencia del cuerpo (Granda y Saez, 2000).

Técnicas de Control de la Respiración

La respiración tiene como principal objetivo proveer al organismo de oxígeno y la frecuencia de los movimientos respiratorios de inspiración y espiración constituyen el ritmo respiratorio (Vázquez, 2008).

Atendiendo a la profundidad de la inspiración se pueden establecer tres patrones respiratorios diferentes (Vázquez, 2008):

- Respiración Clavicular: Es la más corta y superficial, con una escasa frecuencia de presentación.
- Respiración Torácica: Se observa la expansión de la caja torácica, seguida por una elevación de las clavículas en la inspiración y sólo se utiliza la parte superior de los pulmones. Es una respiración más superficial y requiere un mayor esfuerzo muscular. Se requiere incrementar el ritmo respiratorio para aportar el oxígeno necesario y se asocia a la actividad del sistema nervioso simpático.
- Respiración Diafragmática: Es la más profunda debido a que los movimientos del diafragma permiten la mayor expansión pulmonar y niveles mayores de oxigenación, ya que el aire se dirige a la parte más baja de los pulmones, que es

la que contiene la mayor cantidad de sangre. Además, cuando el abdomen se expande, hay poca implicación de los músculos del pecho y los hombros, por lo que la respiración requiere un mínimo esfuerzo. Este patrón respiratorio se asocia y puede estimular una respuesta parasimpática. En las situaciones de estrés tiene lugar el cambio de una respiración diafragmática a una respiración torácica

Las técnicas de control de la respiración son procedimientos diseñados para dotar al sujeto del control voluntario de la respiración, de manera que pueda utilizar patrones respiratorios adecuados, especialmente en los momentos de estrés, donde la respiración se encuentra alterada. Una vez aprendido el control de la respiración, debe automatizarse, de forma que su regulación se mantenga en las situaciones que implican altos niveles de activación. Los distintos procedimientos utilizados en las técnicas de respiración se dirigen a conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio más lento, para reducir la activación fisiológica y psicológica, generando una disminución de la irritabilidad, fatiga y ansiedad y lograr una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar (Vázquez, 2008).

Por su facilidad de aprendizaje y aplicación, las técnicas de control de la respiración, pueden ser empleadas cuando sólo se dispone de cortos intervalos de tiempo para retomar el control de la situación, además de que se pueden aplicar en cualquier lugar sin necesidad de interrumpir una actividad. Estas técnicas se han aplicado como única estrategia de intervención o en combinación con otras técnicas, en el tratamiento de ansiedad ante situaciones determinadas, ansiedad

en las relaciones personales, ansiedad generalizada, depresión, agresividad, obsesiones y fatiga crónica (Vázquez, 2008).

Dado que la respiración diafragmática disminuye la tensión muscular en el tronco y mejora la ventilación de la parte baja de los lóbulos pulmonares, puede ser una estrategia terapéutica a utilizar en aquellas condiciones en las que el esfuerzo respiratorio y/o la elevada tensión en la parte baja del tronco son problemáticas, como en el caso de los espasmos musculares y dolores musculares en la espalda o el abdomen, por lo que se recomienda para el síndrome del intestino irritable (Vázquez, 2008).

Se han desarrollado varios métodos de entrenamiento para el control de la respiración, dirigidos a propiciar una respiración lenta y diafragmática y constituyen la forma más flexible, sencilla y eficaz de conseguir la reducción del estrés. Con este objetivo, Labrador (1992) diseñó un programa de entrenamiento que consta de ejercicios graduados en orden de dificultad creciente. En primer lugar, el terapeuta debe informar sobre las pautas generales que el cliente debe seguir durante la realización de los ejercicios (Vázquez, 2008):

- La inspiración debe llevarse a cabo por la nariz.
- La respiración debe seguir el ritmo lento, intentando respirar con la intensidad habitual.
- La inspiración constituye la fase activa, mientras que la espiración es pasiva, con una pausa al final.

- El cliente debe concentrarse en las sensaciones corporales que experimenta durante los ejercicios respiratorios.

Para aprender a controlar la respiración es muy importante identificar las sensaciones corporales. El entrenamiento debe llevarse a cabo en un ambiente silencioso, en el que se eviten los estímulos distractores y el sujeto debe vestir cómodamente. Al realizar el entrenamiento, el cliente debe adoptar una postura cómoda, con una mano encima del vientre y otra encima del estómago para percibir los efectos del ciclo inspiración-espирación. Antes de realizar los ejercicios, es conveniente establecer una situación de tranquilidad y calma, ayudando al cliente a concentrarse en sus sensaciones corporales. Posteriormente se llevan a cabo los siguientes ejercicios (Vázquez, 2008):

- Ejercicio 1: Dirigir el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones.
- Ejercicio 2: Dirigir el aire a la parte inferior y media de los pulmones.
- Ejercicio 3: Realizar una inspiración completa en tres tiempos (vientre-estómago-pecho).
- Ejercicio 4: Hacer una espiración regular y completa.
- Ejercicio 5: Establecer una adecuada alternancia respiratoria (se realiza una inspiración y espiración completas).

Cada ejercicio se repite al menos 3 ó 4 veces, con una duración que puede ser de 2 a 4 minutos, tras los cuales se descansa aproximadamente 2 minutos. Durante el desarrollo del entrenamiento, el paciente puede experimentar distintos

problemas o dificultades, como malestar, vértigo y náuseas y puede ser un indicativo de una situación de hiperventilación, debido a que los ejercicios se están efectuando con demasiada profundidad o rapidez. Una vez controlada la respiración completa en condiciones favorables, hay que aprender a utilizarla en condiciones diarias (Vázquez, 2008).

Existen otros procedimientos dirigidos a establecer patrones de respiración abdominal, con el objetivo de enfatizar la conciencia de los movimientos torácicos y abdominales durante la respiración (Vázquez, 2008). Uno de estos procedimientos es el Ejercicio de Percepción de la Respiración descrito por Lichstein (1988). Requiere que el cliente centre su atención sobre la respiración permitiendo que la respiración natural emerja, de esta forma tiende a hacerse más lenta y profunda, permitiendo que el sujeto experimente una sensación de mayor tranquilidad y bienestar.

Además de éste procedimiento, Lichstein (1988) desarrolló la técnica de la Respiración Profunda desarrollada por, es un proceso que se desarrolla en tres fases: realizar una inspiración profunda, retener la respiración y exhalar lentamente. Cada una de estas fases contribuye a la utilidad global de la técnica. Realizar una inspiración profunda requiere cierto nivel de atención que permite la desconexión de los pensamientos estresantes; retener la respiración incrementa el dióxido de carbono en la sangre más allá de niveles normales, lo que promueve un estado de leve letargo; una exhalación lenta lleva a la reducción de la tensión. Por todo esto, este procedimiento produce rápidos estados de relajación. Este

procedimiento se realiza de 2 a 5 veces. Durante la fase de expiración se deben dar instrucciones de calma y relajación (Vázquez, 2008).

La Relajación Progresiva

El método de Relajación Progresiva (RP) fue desarrollado a principios del siglo XX por Jacobson. Con sus primeras investigaciones concluyó que la tensión que se presentaba en situaciones de ansiedad implicaba un esfuerzo caracterizado por el acortamiento de las fibras musculares, mientras que la ausencia de contracciones; es decir, la relajación de las fibras musculares era el opuesto fisiológico de la tensión. De esta forma, la relajación muscular podía constituirse en la base de un tratamiento para personas tensas o ansiosas (Vázquez, 2008).

El entrenamiento en RP es un procedimiento dirigido a conseguir la reducción de los niveles de activación mediante una disminución progresiva y voluntaria de la contracción muscular. El sujeto debe aprender a identificar las sensaciones de tensión generadas en los músculos con el fin de pasar posteriormente a eliminarlas permitiendo el alargamiento de las fibras musculares (Vázquez, 2008).

La RP se emplea en aquellas situaciones que requieren o aconsejan la disminución de la tensión muscular o el estado de alerta del organismo. Ésta técnica se ha utilizado como única estrategia de intervención o en combinación con otros procedimientos terapéuticos, en trastornos emocionales, conductuales y psicofisiológicos, tanto en adultos como en niños. En los trastornos psicológicos, la

RP ha mostrado ser útil en combinación con otras técnicas, para el tratamiento de la ansiedad generalizada, fobia social, abuso de sustancias y problemas de agresividad (Vázquez, 2008).

El entrenamiento en RP se ha empleado también para el tratamiento de distintos problemas psicofisiológicos cuando los estados de activación emocional están implicados en la etiología y/o mantenimiento del trastorno, por ejemplo, en problemas de insomnio, trastornos relacionados con el sistema cardiovascular, cefaleas y enfermedades crónicas (Vázquez, 2008).

El objetivo de la RP es dotar al individuo de una habilidad para controlar su propia activación fisiológica y afrontar las situaciones que le provocan estrés y ansiedad. Su utilización es adecuada cuando los altos niveles de ansiedad y tensión se revelan como un componente significativo de la queja presentada por el cliente y la finalidad es la eliminación de la tensión.

El éxito en el aprendizaje de la técnica de RP requiere que el cliente entienda el procedimiento y sea capaz de mantener la atención de forma continua sobre las sensaciones musculares y la voz del terapeuta y que el sujeto tenga adecuadas expectativas sobre el programa de entrenamiento (Vázquez, 2008).

El entrenamiento en la técnica se diseña como un proceso de aprendizaje que se basa en tres componentes fundamentales que son la explicación y presentación de la técnica al cliente, el entrenamiento en los ejercicios de tensión-relajación en las sesiones con el terapeuta y la práctica diaria del sujeto en los periodos entre sesiones (Vázquez, 2008).

El terapeuta debe despertar la confianza del cliente en las técnicas y fomentar que participe activamente en el seguimiento del procedimiento. Esto implica, ayudarlo a reconocer y relajar la tensión muscular, motivándole para practicar diariamente e incitándole a aplicar la relajación en su vida cotidiana y ante situaciones estresantes (Vázquez, 2008).

Al iniciar la aplicación de la RP se debe explicar al cliente los objetivos y los fundamentos de dicha técnica para conseguir una colaboración activa y una práctica regular. Se deben mostrar y ensayar los ejercicios de tensión que se utilizarán en cada grupo muscular con el fin de que puedan poner de manifiesto algunas dificultades en su realización, que requiera la adaptación a las peculiaridades características de cada persona. Posteriormente, se lleva a cabo el procedimiento inicial del entrenamiento en relajación con un recorrido por los 16 grupos musculares. Los grupos musculares que conforman el procedimiento inicial del entrenamiento son: Mano y antebrazo dominantes, Brazo dominante, Mano y antebrazo no dominantes, Brazo no dominante, Frente, Ojos y Nariz, Boca, Cuello, Hombros, pecho y espalda, Estómago, Muslo dominante, Pantorrilla dominante, Pie dominante, Muslo no dominante, Pantorrilla no dominante y Pie no dominante. A medida que el individuo va adquiriendo destreza en la adquisición de la habilidad de relajarse, el procedimiento tiende a acortarse mediante la agrupación de los ejercicios de tensión (Vázquez, 2008).

Después de la realización de esta parte del programa, el terapeuta introduce el procedimiento de relajación por evocación, en el que el componente de la tensión muscular se elimina y el sujeto consigue la distensión de los

músculos mediante el recuerdo de las sensaciones asociadas a la relajación previamente aprendidas trabajando con los 4 grupos musculares (Vázquez, 2008).

En la aplicación del programa se debe tener en cuenta que el ritmo de avance varía de una persona a otra. La duración del programa depende de los progresos realizados por el cliente, no debiendo avanzar hacia la fase siguiente hasta que se ha consolidado el aprendizaje en las fases anteriores. El tiempo medio se sitúa alrededor de las 10 semanas (Vázquez, 2008).

En la aplicación de la RP se debe procurar un entorno físico confortable, con temperatura agradable y sin ruidos ni luces intensas, ni que se produzcan frecuentes interrupciones. Si la relajación se va a llevar a cabo en posición sentada, es necesario disponer de un sillón confortable y acolchonado que permita al sujeto permanecer totalmente apoyado. De no ser así, el cliente debe estar en una silla cómoda, apoyando los pies en el suelo sin esfuerzo y sin cruzar las piernas (Vázquez, 2008).

Antes de comenzar, se indica al sujeto que habrá una señal para iniciar la tensión y otra señal para iniciar la relajación, de tal forma que el terapeuta describirá los ejercicios de tensión a realizar pero sólo cuando el cliente oiga la señal de tensión hará el ejercicio; del mismo modo, cuando escuche la señal de relajación soltará la tensión del grupo muscular con el que esté trabajando. Se sugiere al cliente que cierre los ojos para aislarse de toda estimulación externa y poder concentrarse en las sensaciones corporales. En cada grupo muscular el terapeuta da las instrucciones de la estrategia de tensión a ejercer. Tras la señal

de tensión, el sujeto mantiene la tensión durante varios segundos. Durante este tiempo, el terapeuta le ayuda a concentrarse en las sensaciones asociadas con la tensión. Al finalizar la tensión, el terapeuta verbaliza la señal de relajación y da indicaciones al cliente para centrar la atención en el proceso de relajación (Vázquez, 2008).

Cuando se ha trabajado con una zona corporal, el terapeuta hace un repaso por todos esos músculos dando sugerencias para que continúen relajándose. Al finalizar los 16 grupos musculares se hace un repaso general dando instrucciones de relajación durante un periodo de 1 ó 2 minutos. Antes de terminar, el terapeuta deja al cliente unos minutos disfrutando del estado de relajación. Al finalizar la sesión es necesario dedicar un tiempo para analizar las experiencias subjetivas del cliente y también se le debe preguntar si alguna de las instrucciones se le dificultó o si durante el entrenamiento experimentó dificultad o molestia (Vázquez, 2008).

El Entrenamiento Autógeno

El Entrenamiento Autógeno (EA) fue publicado en 1932 por Johannes Shultz, quien trabajó en la elaboración de un procedimiento en el que el propio sujeto fuese capaz de autogenerar un cambio en el estado de conciencia caracterizado por una desconexión general. Partiendo de las experiencias de la hipnosis, en las que se ponía de manifiesto que las representaciones mentales podían producir cambios físicos, y puesto que el estado hipnótico de tranquilidad se acompaña casi siempre de sensaciones de peso y calor, Schultz llegó a la

conclusión de que las representaciones mentales de esas sensaciones podían llegar a evocar la respuesta de relajación (Vázquez, 2008).

A partir de esta afirmación, combinó las ideas de peso y calor con la regulación de los latidos del corazón, verbalizaciones de tranquilidad y confianza y concentración en la respiración para propiciar en el sujeto las sensaciones de relajación. Diseñó un procedimiento de aprendizaje progresivo que se basaba en tres principios básicos (Vázquez, 2008):

- La repetición mental durante breves periodos de tiempo de fórmulas verbales que describen las distintas respuestas psicofisiológicas.
- La concentración pasiva del cliente (la desconexión se consigue por concentración y “entrega” interna a determinadas representaciones mentales).
- La reducción de la estimulación exteroceptiva y propioceptiva.

La aplicación del EA es adecuada cuando los altos niveles de activación se encuentran implicados en el problema que presenta el cliente. El EA puede ser aplicado con gran eficacia, tanto en la medicina preventiva como dentro de la psicohigiene, así como en el apoyo de diversos trastornos y enfermedades como en el caso de gastritis crónica, úlceras del estómago, colon irritable, entre otros (Vázquez, 2008; Langen, 1994).

Es preciso tener en cuenta que el hecho de que determinados problemas sean susceptibles de ser tratados con EA, no implica necesariamente que su aplicación suponga un beneficio clínico en todos los casos, ya que el

procedimiento presenta importantes diferencias en función de las características de los pacientes, como grado de motivación, capacidad de autogestión y variables de personalidad (Vázquez, 2008).

Para la realización de la técnica, es necesario que el cliente se encuentre en un ambiente físico cómodo, con las condiciones adecuadas de luz y temperatura. Antes de iniciar con el tratamiento, el terapeuta en una sesión previa, debe hacer una presentación de la técnica indicando sus objetivos, fundamentos, desarrollo y enfatizando la importancia de la práctica diaria. A partir de aquí se procede en las sesiones de entrenamiento como un programa secuencial estructurado que se desarrolla en dos ciclos (Vázquez, 2008):

- Ciclo Inferior o Ejercicios de Relajación: consta de 6 ejercicios estándar que consisten en la repetición mental de una fórmula mental dirigida a la pesadez, calor, regulación cardiaca, respiración, regulación de la región cefálica y calor abdominal. Durante los ejercicios, el cliente debe procurar una imagen representativa de la autogestión que se está indicando y mantener una actitud de concentración pasiva, observando los cambios que se producen en el organismo. Cada uno de los seis ejercicios es introducido en las sesiones con el terapeuta y practicado diariamente. El ritmo de aprendizaje varía de un cliente a otro, pero en general, al cabo de 2 a 3 meses, se puede controlar la realización de los 6 ejercicios. A partir de este momento, el cliente debe llegar al absoluto dominio del método efectuando entre 1 y 2 ejercicios diarios durante 4 a 6 meses, con lo que la intensidad de los ejercicios será cada vez mayor y su aparición cada vez más rápida. Al cabo de 5 a 6 meses la fórmula se reduce con la prescripción general

“tranquilidad-peso-calor-respiración-corazón tranquilo-plexo solar caliente-frente fresca” que induce la sensación de relajación (Vázquez, 2008).

- Ciclo Superior o Ejercicios de Imaginación: una vez que se dominan los ejercicios del ciclo inferior, se pueden introducir los ejercicios del ciclo superior concebidos para actuar sobre las funciones mentales. El primer paso consiste en que el sujeto debe girar voluntariamente los globos oculares hacia arriba y hacia dentro. La secuencia de sugerencias de este ciclo es la visualización de un color, la visualización de objetos concretos, visualización de conceptos abstractos, concentración en una persona concreta, concentrarse en observarse a sí mismo y la exposición a una vivencia íntima (Vázquez, 2008).

Durante el desarrollo del EA pueden aparecer algunos problemas o dificultades durante las sesiones, por ejemplo, que el cliente experimente sensaciones de pesadez o excesiva sensación de calor, espasmos u hormigueos durante los ejercicios. En estos casos, es importante informarle al cliente que algunas de estas sensaciones son normales del proceso de relajación e indicativos de que la relajación progresa adecuadamente y que irán desapareciendo a medida que avanza la práctica (Vázquez, 2008).

Imaginería

Los tratamientos con imaginería pueden servir para mejorar las expectativas de autoeficacia. Es frecuente encontrar cómo algunos métodos de imaginería (desensibilización sistemática, modelamiento encubierto, imaginería positiva) ayudan a reducir el efecto negativo asociado con las situaciones

imaginadas y a proporcionarle a la persona una sensación adicional de posesión de las habilidades de afrontamiento para confrontar tales situaciones. También parece probable que la práctica repetida de fantasías orientadas al éxito, en un tratamiento con base en imaginería, puede constituir una manera directa de fortalecer las expectativas de autoeficacia (Singer, 2008).

En la actualidad, los usos terapéuticos de las imágenes han sido reconocidos en cierta medida por la mayoría de las ramas de la psicología y la psicoterapia, tanto de corte psicoanalítico conductista, humanista o transpersonal. La visualización como herramienta psicológica está siendo utilizada en enfermos oncológicos, en pacientes con SIDA, en traumatizados, en embarazo y parto, en manejo del dolor o en programas tan diversos como el entrenamiento con deportistas, recuperación de soldados, reducción del estrés, tabaquismo, trastornos de alimentación, control del peso, entre otros (Singer, 2008).

En su teoría cognitiva para el cambio conductual, Meichenbaum (1978) ha propuesto tres procesos psicológicos principales para explicar las causas por las cuales las terapias basadas en la imaginería pueden contribuir al cambio (Singer, 2008):

- En el primer proceso un paciente desarrolla una sensación de control a partir de monitorear y ensayar diversas imágenes. A su vez, esta sensación de dominio sobre aquellas imágenes y el pensamiento interno ayuda al paciente a adquirir control sobre sus emociones y su comportamiento.

- El segundo proceso busca un cambio en el significado de la conducta inadaptable del paciente. Las terapias con empleo de imaginación transmiten una nueva perspectiva al individuo y una conceptualización diferente del problema.
- El tercer proceso en los tratamientos de imaginación es el ensayo mental de alternativas conductuales por contribuir al desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Otro modelo ocupado del papel de la imaginación en la terapia fue el propuesto por Lang (1977), quien ha aplicado el tratamiento para tratar la conducta de temor. Lang afirmaba que las imágenes se pueden analizar en términos de sus proposiciones de estímulo y de respuesta. Los estímulos son la descripción de una escena y las respuestas implican afirmaciones sobre el comportamiento del individuo en respuesta a un estímulo y pueden implicar respuestas verbales, respuestas conductuales y respuestas viscerales. De acuerdo a lo afirmado por Lang, las proposiciones de respuesta imaginadas representan un papel esencial en el proceso de temor y dicho tratamiento se puede aplicar a otros estados emocionales (Singer 2008).

El abordaje de imaginación positiva parece tener una amplia variedad de aplicaciones. Este procedimiento, también denominado imaginación emotiva, emplea el uso de imágenes placenteras y relajantes para contrarrestar la ansiedad. Imaginar escenas positivas (típicamente aquellas de la naturaleza) puede reducir la ansiedad en confrontaciones reales o a través de aparearlas con imágenes incitadoras de ésta. Un estudio de Crits-Christoph y Singer (1983, citado

en Singer, 2008) documentó la utilidad de este tipo de imaginería para reducir los niveles de ansiedad, para disminuir los niveles generales de angustia y pensamientos indeseables. También se ha empleado para aliviar los síntomas de pacientes con úlcera péptica y ayudar a aliviar los sentimientos de depresión en pacientes con depresión grave (Schultz, 1978, citado en Singer, 2008).

Como parte de los tratamientos alternativos del SII, se ha demostrado la eficacia de las Técnicas de Relajación. Así mismo, éstas técnicas resultan eficaces para disminuir los niveles de ansiedad y depresión del sujeto.

Propósito de la Tesis

Como se mencionó en la introducción de la presente tesis, el SII es el más frecuente de los trastornos funcionales digestivos. A pesar de no existir un daño orgánico ni poner en peligro la vida de los pacientes, produce una incapacidad que limita la calidad de vida de los pacientes (Schmulson, 2002).

De los pacientes con SII que buscan atención médica, hasta el 60% tiene síntomas de depresión, ansiedad o ambos (De Ponti y Tonini, 2001). En cuanto a la ansiedad se definió como aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005). Por otro lado, la depresión se definió como una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y, por lo tanto, al organismo en su totalidad. Es un sentimiento de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en

el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto (Baena, Sandoval, Urbina, Helen y Villaseñor, 2005).

Green (2000, citado en Gómez-Restrepo, 2008) mencionó que la dinámica de la enfermedad tiene diversos aspectos. Respecto al aspecto biológico, se pueden esperar diversas respuestas dependiendo el tipo de enfermedad, la gravedad, el tiempo de evolución, el órgano afectado, la función o el umbral al dolor, entre otros aspectos. En lo psicológico influyen los rasgos de personalidad, la etapa del ciclo vital en que se encuentra la persona, los antecedentes psiquiátricos, antecedentes médicos y hospitalarios, entre otros. En lo social, el tipo de familia y sus relaciones familiares, la actitud familiar hacia la enfermedad, los antecedentes de enfermedad en la familia, los duelos familiares, la cultura, las relaciones interpersonales, la responsabilidad del enfermo con su familia, la historia de relaciones con el equipo médico, entre otras circunstancias. Esta diversidad y las múltiples combinaciones posibles hacen que cada enfermo y cada relación médico-paciente sea diferente. Estas combinaciones de los diferentes aspectos pueden ocasionar diversas manifestaciones clínicas en las personas enfermas, las cuales se pueden evidenciar como respuestas con un predominio de negación a la enfermedad, de ansiedad, agresión, depresión, dependencia, que requieren diversos manejos y el empleo de diversas técnicas terapéuticas.

Las consecuencias de la dinámica de la enfermedad en la persona genera la necesidad de realizar intervenciones para disminuir los síntomas relacionados con la ansiedad o depresión. Los tratamientos encaminados a este objetivo suelen ser, además del tratamiento farmacológico, la intervención psicológica, que

consiste principalmente en entrenar a los pacientes mediante técnicas cognitivo-conductuales que les ayuden a disminuir su activación fisiológica, a reducir el malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, tratando de conseguir mejorar su salud. Una de las estrategias más utilizadas es el entrenamiento en técnicas de relajación, así como la enseñanza de estrategias psicoeducativas, cognitivas y conductuales (Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carvajal y Baranda-Sepúlveda, 2006). Las técnicas de relajación, en conjunto con la aplicación de otras técnicas, resultan ser efectivas para el manejo de la hipertensión, el síndrome de colón irritable y otras problemáticas psicosomáticas, y también se ha empleado como parte de otras técnicas, como la desensibilización sistemática (Gómez-Restrepo, 2008). En general, se han descrito varias técnicas de relajación, dentro de las cuales están la Relajación Autógena de Shultz, la Relajación Progresiva de Jacobson y las Técnicas de Respiración (Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carvajal y Baranda-Sepúlveda, 2006), para disminuir los niveles de ansiedad del paciente y disminuir las molestias relacionadas al SII. Estas técnicas promueven la generación y el mantenimiento de un estado físico y psíquico que se opone a cualquier estado de tensión y es importante para la regulación del organismo, para la prevención de aquellos estados de tensión muscular y para la toma de conciencia de las situaciones estresantes.

El propósito de la presente tesis es evidenciar el hallazgo de que la Técnica de Respiración Profunda, la Relajación Progresiva de Jacobson, el Entrenamiento Autógeno y la Técnica de Imaginería son procedimientos eficaces para reducir los

niveles de ansiedad y depresión de un sujeto con SII. Un segundo propósito de la presente tesis es verificar si las disminuciones en los niveles de ansiedad y depresión se relacionan con disminuciones en la sintomatología asociada al SII.

Método

Sujeto

El sujeto fue hombre de 21 años de edad. Actualmente vive en unión libre con su pareja. Su grado máximo de estudios es el nivel medio superior. Trabaja como mensajero en una empresa. Su nivel socioeconómico es medio. El sujeto fue seleccionado debido a que padece sintomatología asociada al SII. Específicamente, el sujeto padece gastritis, dolor abdominal y colitis, desde hace 2 años y han ido aumentando estas molestias desde hace 1 año. Además, el sujeto es fumador desde hace 4 años.

Materiales

Se empleó un estéreo, un disco compacto de música clásica, un disco compacto de música ambiental y una silla acolchonada.

Instrumentos

Para medir los niveles de ansiedad del sujeto, se empleó la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, 1959) la cual permite determinar el grado de ansiedad generalizada del paciente. Es una prueba heteroaplicada y se administra en la población adulta. Consta de 14 ítems, los

cuales están ligados a un factor general de ansiedad. Sin embargo, se pueden obtener dos puntuaciones que corresponden a la ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y a la ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13). Los ítems se puntúan de acuerdo a una escala de 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima). Para obtener la puntuación total, se suma la totalidad de los ítems. El rango de puntuación varía entre 0 y 56 puntos.

Para medir los niveles de depresión del sujeto, se empleó el Inventario de Depresión de Beck (BDI, 1978). Esta escala se emplea para evaluar la presencia de síntomas depresivos en adultos. Es un instrumento autoaplicado que consta de 21 ítems que evalúan síntomas depresivos: cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Estos ítems tienen 4 alternativas de respuestas, ordenadas según la gravedad de los síntomas a que se refieren (rango de 0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando los valores que corresponden a cada ítem y dicha puntuación va de 0 a 63.

Procedimiento

En la primera sesión se realizó una entrevista abierta al sujeto con la finalidad de obtener los datos de la historia clínica y recabar los datos acerca de la sintomatología asociada al SII.

En los siguientes 5 días se le pidió al sujeto que registrara la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas y cantidad de cigarrillos que fumó, con la finalidad de tener un registro de línea base. El sujeto realizó sus registros en una hoja diseñada específicamente para ese fin (ver Anexo 1).

Una vez finalizado el tiempo de línea base, en una siguiente sesión, se le aplicó al sujeto la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, para conocer sus niveles de ansiedad y depresión. Al finalizar la aplicación de dichas pruebas, se le enseñó las técnicas de relajación que se emplearon. Las técnicas de relajación empleadas fueron la Técnica de Respiración Profunda, Técnica de Relajación Muscular Progresiva, Técnica de Relajación Muscular Autógena y la Técnica de Visualización o Imaginería. Una vez finalizada esta sesión, se contestó al sujeto cualquier duda que tuvo.

La aplicación de cada técnica tuvo una duración de entre 5 y 10 minutos, con la finalidad de que el sujeto se fuera acostumbrando a las técnicas y ver si presentaba efectos adversos como mareos o alguna otra molestia. Para finalizar esta sesión, se plantearon los días y horas de las sesiones y se le recordó al sujeto que continuara los autorregistros de sus síntomas.

La intervención con el sujeto duró un total de 30 sesiones, cada una con una duración de 45 a 55 minutos. Las sesiones se llevaron a cabo 6 días a la semana, aproximadamente a las 8:00 p.m. Para medir los niveles de ansiedad y depresión al final del tratamiento, en la última sesión, se aplicó nuevamente al sujeto la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck.

En todas las sesiones, se reprodujo música clásica a un volumen moderado para contribuir al efecto relajante de las técnicas. Las sesiones se llevaron a cabo en una habitación aislada del ruido, con buena ventilación e iluminación y a temperatura ambiente.

Cada sesión inició con la Técnica de Respiración Profunda (Lichstein, 1988, citado en Vázquez, 2008). El paciente se sentó en una silla y se le pidió que cerrara los ojos, que mantuviera las manos sobre su abdomen y las piernas estiradas. Una vez que adoptó esta postura, se le dieron las siguientes instrucciones: “En este momento, despeja tu mente, no pienses en nada, sólo concéntrate en tu respiración. Ahora inhala aire por la nariz, siente cómo se van llenando tus pulmones, ahora, éste aire bájalo hasta el abdomen, siente con tus manos todos estos movimientos, mantén el aire unos segundos y poco a poco exhala este aire por la boca”. Al finalizar los 10 minutos, se le dijo: “¿Cómo te sientes después de haber realizado este ejercicio? ¿Te diste cuenta que te hiciste consciente de tu respiración? La respiración, al ser un fenómeno inconsciente y automático, no le ponemos atención, en este momento tú has hecho lo contrario, tú controlaste tu respiración y la sentiste de forma consciente. Con este ejercicio, has podido ser consciente de tu cuerpo y de tus sensaciones”.

Se continuó con la Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (Vázquez, 2008), se le pidió al sujeto que siguiera sentado, y que extendiera lentamente los brazos a los costados. Después de 20 segundos, se le pidió al sujeto que tomara una posición erguida y con la espalda pegada al respaldo de la silla. Se le dieron las siguientes instrucciones: “Concentra tu atención en tu frente. Ahora, lentamente ve tensando esa parte de tu cuerpo, poco a poco ve aumentando la intensidad de la presión, lleva esa tensión hasta el máximo de tus posibilidades, pero teniendo cuidado de no lastimarte o realizar algún movimiento brusco. ¿Cómo te sientes con esa tensión? ¿Resulta molesta? ¿Es incómoda?

Concéntrate en la desagradable sensación de tensión. Ahora, muy lentamente, ve disminuyendo la tensión en tu frente, siente como se va desvaneciendo esa tensión que te molesta, ve notando la diferencia entre la tensión y la relajación, siente ese alivio al disminuir la presión que te estaba molestando y como se va relajando cada vez un poco más. Sigue relajando tu frente hasta eliminar por completo esa presión, suelta toda la tensión. Ahora, esa sensación de presión ha desaparecido por completo, ya no te incomoda y no sientes molestias en tu frente. Esa parte de tu cuerpo está totalmente relajada, disfruta esa sensación agradable de relajación que fluye por esa área, nota cómo se siente ahora que se encuentra más relajada en comparación a la tensión que te molestaba. ¿Cómo te sientes al haber eliminado esa tensión en tu frente? ¿Cómo es esa sensación?”.

Después de trabajar con los músculos de la frente, se continuó con el grupo muscular de los ojos, nariz, boca (apretar mandíbula y presiona el paladar con la lengua), cuello, brazos, antebrazos, manos, hombros, pecho, espalda, estómago, muslos, pantorrilla y dedos del pie (doblar los dedos del pie hacia arriba). Estos músculos corresponden al lado derecho e izquierdo.

La instrucción final fue: “Concéntrate ahora en la totalidad de tu cuerpo, desde tu cabeza hasta los dedos de tus pies. Todo tu cuerpo permanece completamente relajado. Concéntrate en esa sensación de relajación. Es una sensación de tranquilidad, de alivio, siente la calma. ¿Te has dado cuenta que has sido tú el que ha logrado esa relajación, esa sensación de tranquilidad? Tú mismo, haciéndote consciente de tu cuerpo y de tus sensaciones, has logrado llegar a este punto de bienestar. Disfruta este momento y sigue relajado”. Se le dieron al

sujeto unos minutos para que siguiera disfrutando de la relajación. Posteriormente, se le pidió que se incorporara lentamente y tomara una postura erguida con los brazos a los costados, con la espalda pegada al respaldo de la silla.

Posteriormente se continuó con la aplicación del Entrenamiento Autógeno de Shultz (1932, citado en Vázquez, 2008). Las instrucciones fueron las siguientes: “En este momento te sientes relajado, tranquilo, es una sensación de bienestar que has estado disfrutando. Ahora concentra tu atención en tu brazo derecho, y repite mentalmente conmigo 'Mi brazo derecho está pesado' (6 veces). En esta parte de tu cuerpo percibes una sensación de pesadez, que no te permite estar tan cómodo como te sentías hace un momento, ¿La percibes? Ahora repite 'Estoy completamente tranquilo' (varias veces), percibe como se va relajando esa parte de tu cuerpo y te sientes cómodo. Una vez más repite 'Mi brazo derecho está pesado' (6 veces). Nuevamente date cuenta de esa sensación, para aliviarla repite 'Estoy completamente tranquilo' (varias veces) ¿Percibes algún cambio? ¿Te das cuentas que nuevamente te sientes relajado sin ninguna molestia? Disfruta de esa sensación de relajación”. Estas instrucciones se llevaron a cabo para lograr la relajación muscular y se aplicaron a los brazos y piernas.

Para los demás ejercicios, se llevaron a cabo las mismas instrucciones, solamente cambiando la instrucción mental: “Mi brazo derecho está caliente”, el ejercicio se realizó hasta que la sensación de calor alcanzara todo el cuerpo. “Mi corazón late tranquilo y fuerte”, se pidió al sujeto que pusiera su mano sobre el corazón. Para mantener el control de la respiración el sujeto repetía “Mi respiración es tranquila”. El calor del abdomen se irradiaba a otros órganos del

cuerpo con la instrucción “Mi plexo solar irradia calor” y finalmente “Mi frente está agradablemente fresca”.

Por último, se le pidió al sujeto que disfrutara de la relajación en todo su cuerpo, percibiera sus latidos y respiración, y flexionara y extendiera varias veces sus brazos.

Para finalizar la sesión, se realizó la Técnica de Visualización o Imaginería. En esta técnica se trabajó con varios escenarios como bosques, playas, campos y lugares que disfrutaba el sujeto.

Las instrucciones que se le dieron fueron: “Despeja tu mente, no pienses en nada, sólo escucha mi voz. En este momento, te diriges hacia una puerta, conforme vas avanzando y te acercas, te das cuenta que es una puerta grande. Obsérvala atentamente. Te percatas que en la cerradura de esta puerta hay una llave, gírala y abre la puerta lentamente. Avanza un poco, escucha los ruidos de las hojas al moverse con el aire, de las aves, siente el aire en tu rostro, percibe la temperatura del ambiente, es un lugar muy agradable. Sigue avanzando, estas en un hermosos bosque. Un lugar en el que te sientes seguro, tranquilo, donde encuentras paz y sólo escuchas los sonidos de la naturaleza y percibes el aroma del bosque. Observa a tu alrededor, mira los árboles, ve lo altos que son. Son unos árboles grandes y fuertes. Entre sus ramas, alcanzas a ver el cielo, tiene una tonalidad de azul que muy pocas veces has visto. Sigue observando y disfrutando del lugar, ve las montañas y el paisaje a lo lejos. A unos metros de ti, te das cuenta que hay varias aves, son unas aves con hermosos colores naranja y azul,

sus plumas brillan con los rayos del sol. Avanzas hacia donde están las aves, pero ellas se van. Observa la delicadeza de su vuelo. Sigue avanzando, escuchas el sonido del agua. Ve hacia donde está el sonido, entre más te acercas más fuerte se oye. En tu camino te encuentras muchos arbustos y siente una ligera brisa. Al atravesar los arbustos, encuentras un hermoso río. Te sientas a la orilla del río, te quitas los zapatos y metes los pies en el agua. Siente como el agua mueve tus pies, el agua es cálida. Sólo escuchas el sonido del agua, el canto de las aves. El aire mueve tu cabello, siente como roza tus mejillas. El aire es fresco. Disfruta de este paisaje, disfruta de este bienestar. Algo llama tu atención, te levantas y te das cuentas que hay un camino, lo sigues. En el camino encuentras árboles de muchos tamaños, arbustos, flores y plantas de todo tipo. Al final de camino, te das cuentas que has llegado a un lugar alto. Es un lugar hermoso, tienes una vista increíble del bosque, ves las montañas, los árboles, ves las aves volar, son aves pequeñas de colores intensos y el río en el que estuviste. Te sientas a contemplar la puesta de sol. Disfruta de este lugar, percibe el aroma de los árboles y la tranquilidad que estás disfrutando”.

Al finalizar las técnicas, se pidió al sujeto que abriera lentamente los ojos, sin dejar de sentirse tranquilo y se incorporara lentamente, pidiéndole que evitara realizar algún movimiento brusco y que se incorporara a sus actividades cuando se sintiera totalmente seguro.

Resultados

Para conocer los niveles de ansiedad del sujeto antes de iniciar el tratamiento, se le aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton (Sánchez y López, 2005). En esta escala, el sujeto obtuvo una calificación de 22 puntos que de acuerdo al rango de puntuación, significa que el sujeto se encontró en un nivel de ansiedad moderada-grave. Posteriormente, en la última sesión del tratamiento, se aplicó nuevamente la prueba y el sujeto se encontró en un nivel de ansiedad leve, ya que su puntuación fue de 12.

Así mismo, para conocer los niveles de depresión del sujeto antes de iniciar el tratamiento y al finalizar, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (Bulbena, Berrios y Fernández de Larrinoa, 2000). En ambas pruebas, el sujeto obtuvo un puntaje de 5, lo que indica ausencia de depresión.

Con el propósito de observar los efectos de los procedimientos de relajación sobre la gastritis, que representa uno de los síntomas más importantes del SII en el presente sujeto, en las siguientes tres figuras se presenta la frecuencia, la intensidad y la duración de los episodios de gastritis. En la Figura 1 se presenta el número de episodios de gastritis por día que presentó el sujeto.

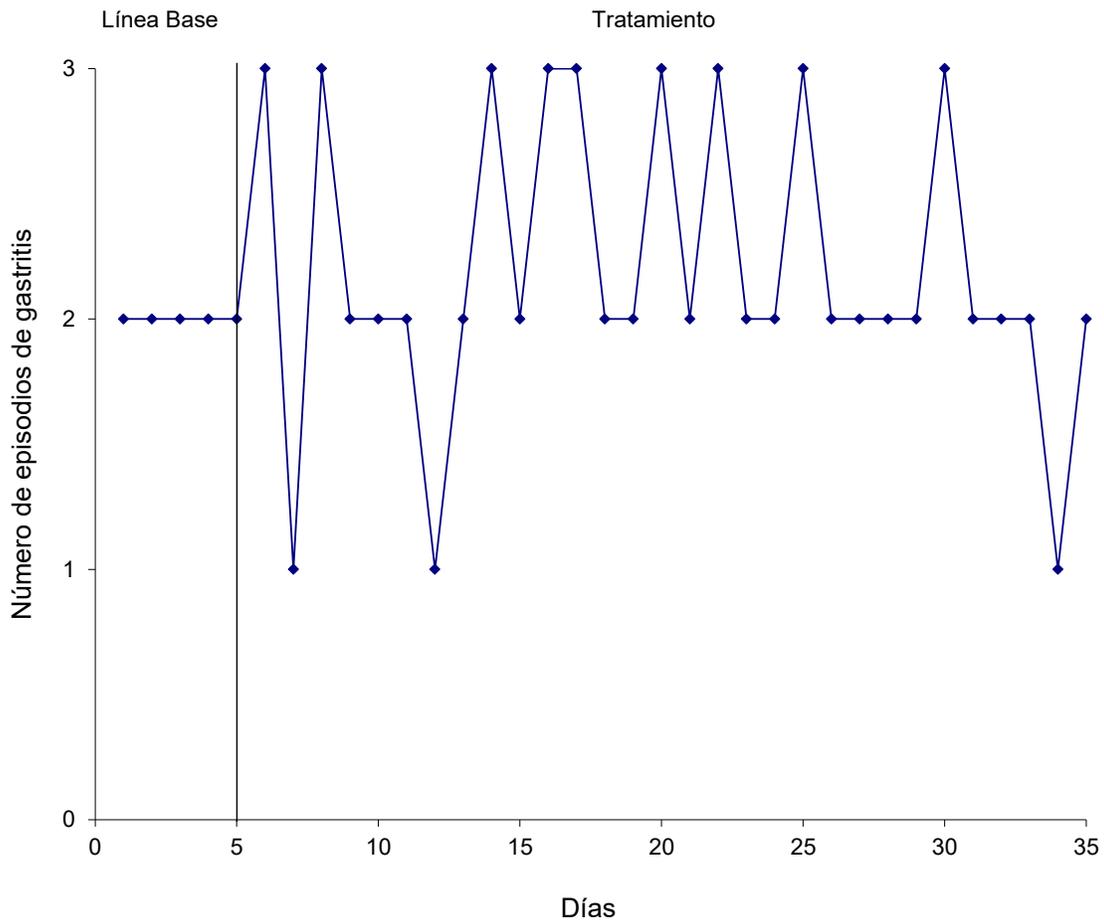


Figura 1. Número de episodios de gastritis por día, durante la línea base y el tratamiento.

En la Figura 1 se observa que durante los días de línea base el número de episodios de gastritis se mantuvo estable. Posteriormente, durante el tratamiento, el sujeto en general se mantuvo estable entre 2 y 3 episodios de gastritis por día.

En la Figura 2 se presenta para cada día el promedio de la duración de los episodios de gastritis.

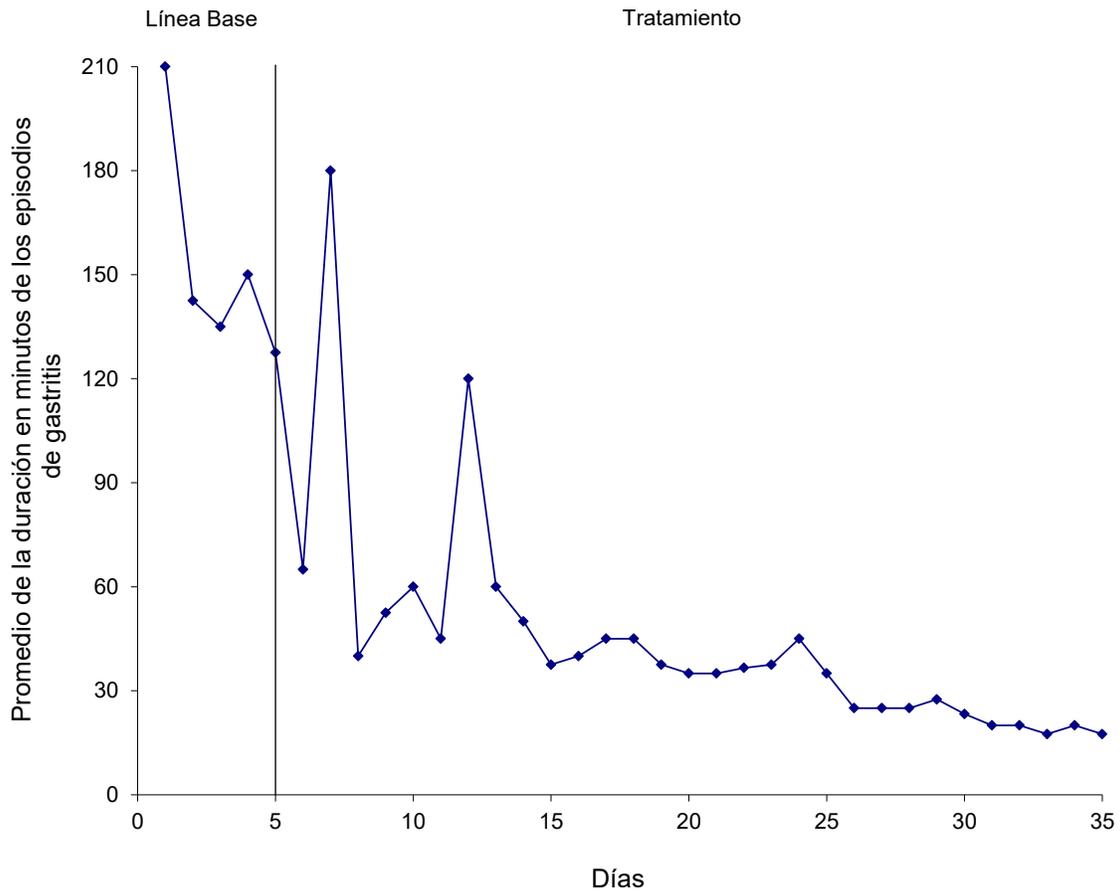


Figura 2. Promedio de la duración de los episodios de gastritis por día, durante la línea base y el tratamiento.

Se encontró que disminuyó ligeramente la duración de los episodios de gastritis en los días de línea base. Durante los días de tratamiento, la duración de

los episodios en general disminuyó hasta llegar a un nivel relativamente bajo durante los últimos días. También se puede observar que durante los primeros días de tratamiento, las duraciones de los episodios de gastritis fueron mucho más variables en comparación con las duraciones de los episodios de gastritis en los últimos días del tratamiento.

En la Figura 3 se muestra el promedio de la intensidad de los episodios de gastritis por día. En el eje de las ordenadas un valor de 1 significó un episodio de gastritis poco intenso y un valor de 5 significó un episodio muy intenso.

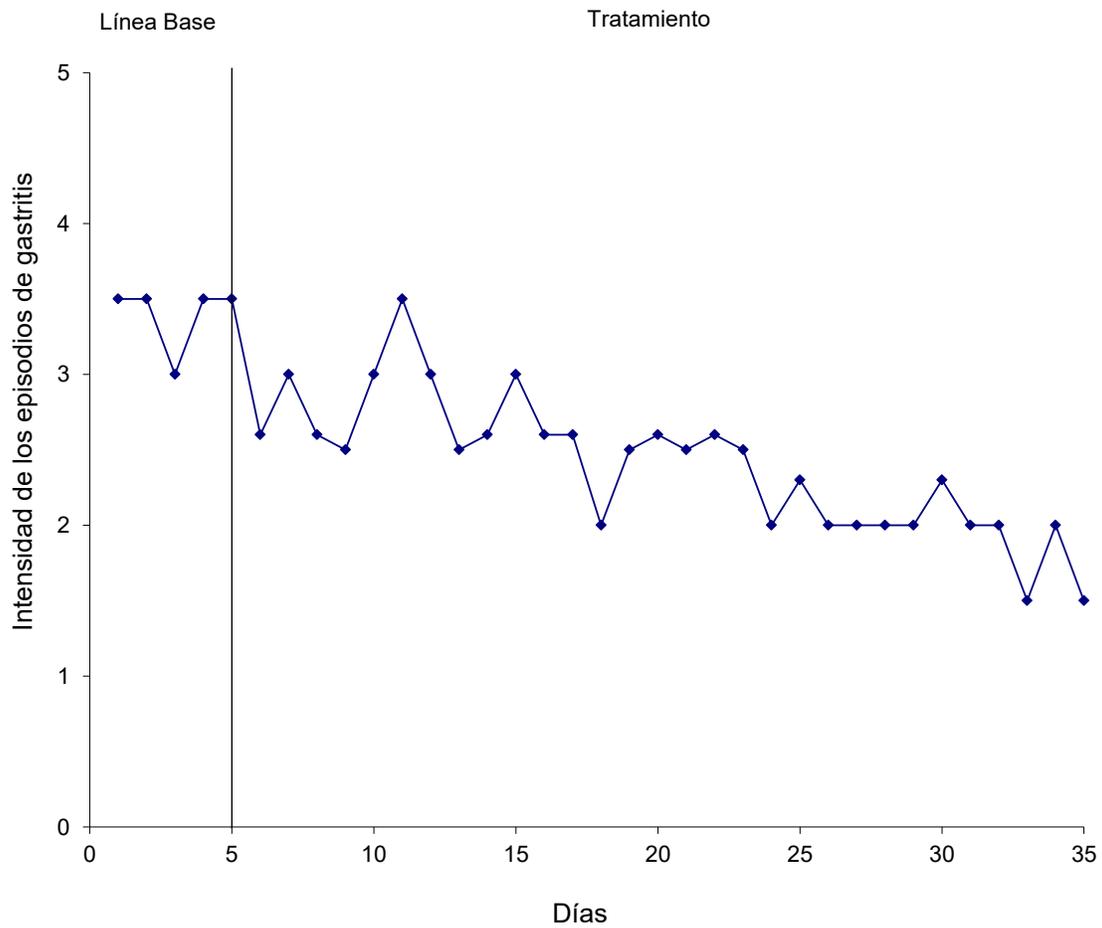


Figura 3. Promedio de la intensidad de los episodios de gastritis por día, en la línea base y en el tratamiento.

Se encontró que durante los días de línea base la intensidad de los episodios de gastritis se mantuvo más o menos estable. Posteriormente, conforme se fue desarrollando el tratamiento, se observó que la intensidad de los episodios de gastritis, fue disminuyendo hasta llegar a un nivel bajo de intensidad.

Otro de los síntomas importantes que componen al SII en el caso del sujeto de la presente tesis es la colitis, por lo que en las siguientes tres figuras se presenta la frecuencia, la intensidad y la duración de los episodios de colitis. En la Figura 4 se presenta el número de episodios de colitis que presentó el sujeto por día.

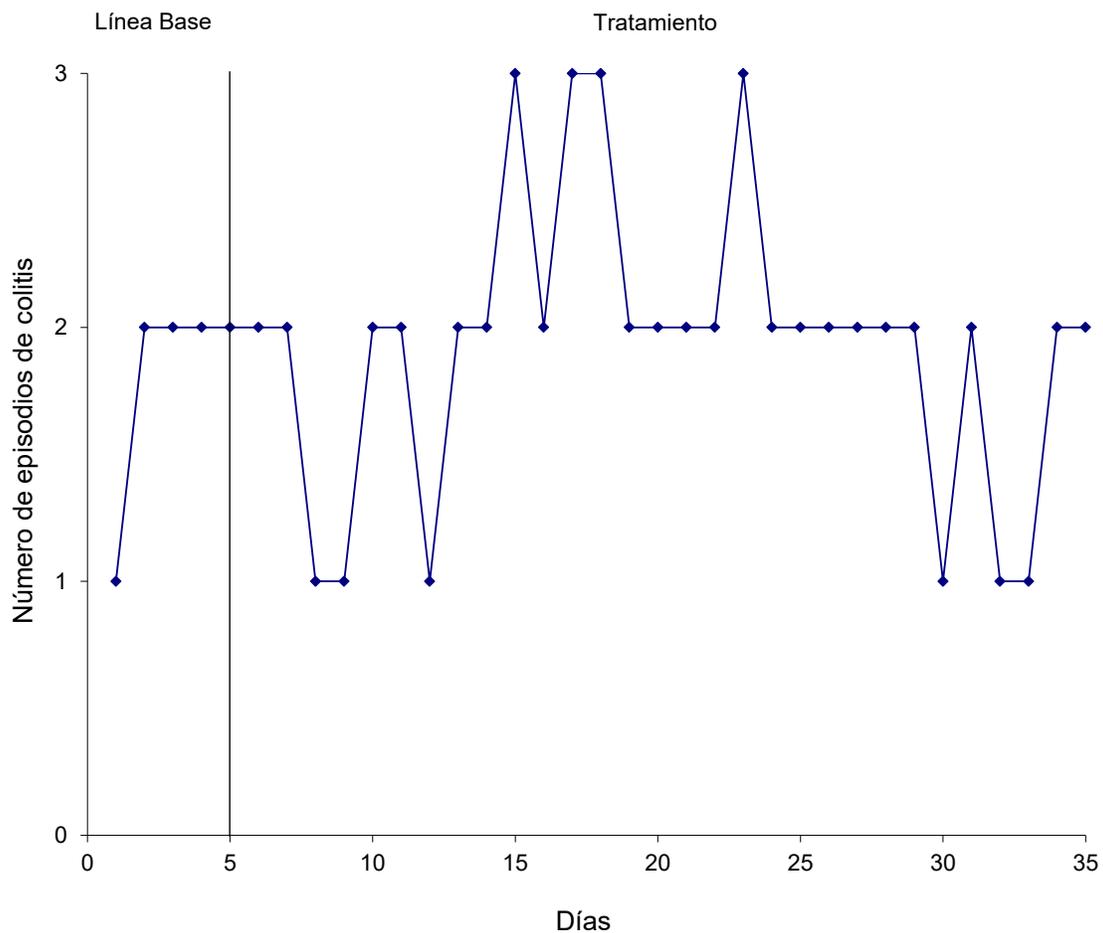


Figura 4. Número de episodios de colitis por día, durante línea base y tratamiento.

Se encontró que durante los días de línea base, se presentaron entre 1 y 2 episodios de colitis por día. Durante los días de tratamiento, los episodios de colitis

se mantuvieron más o menos estables respecto a la frecuencia observada durante la línea base, esto es, se presentaron entre 1 y 3 episodios de colitis por día.

En la Figura 5 se muestra el promedio de la duración de los episodios de colitis que presentó el sujeto por día.

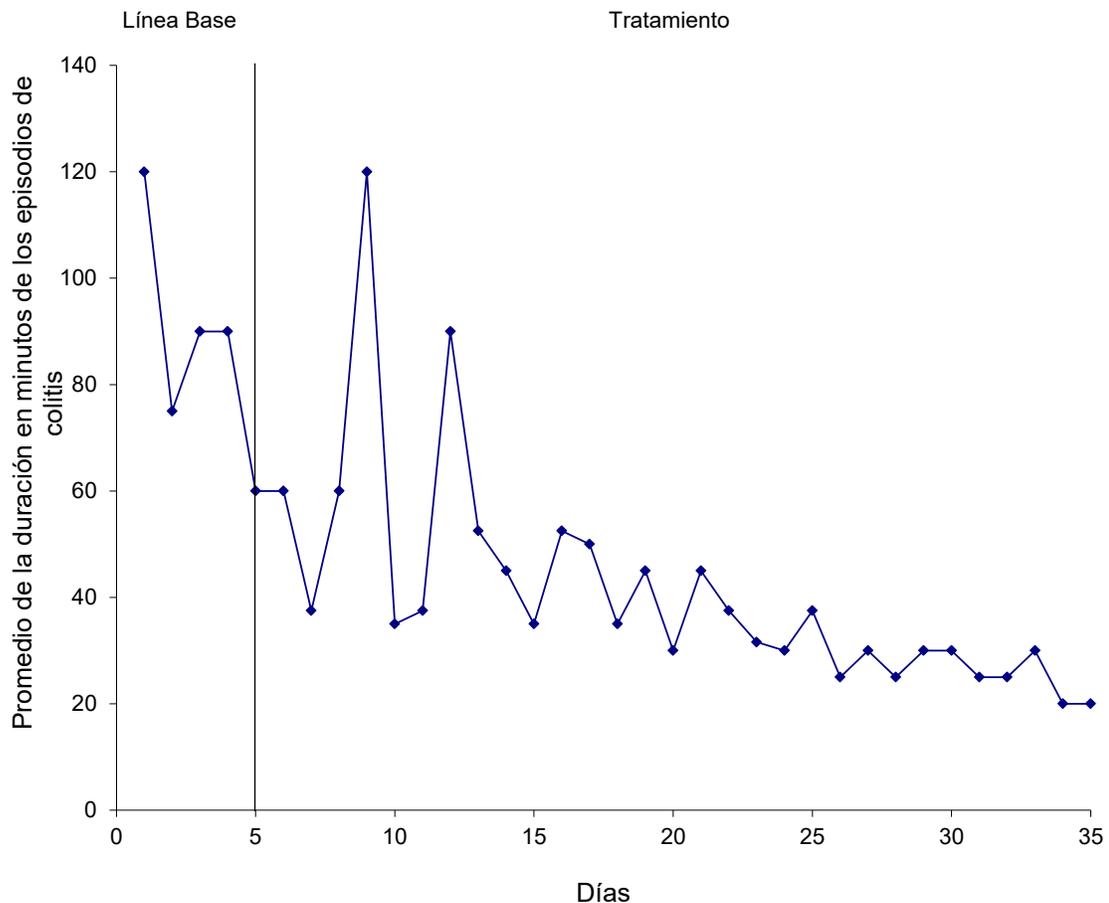


Figura 5. Promedio de la duración de los episodios de colitis por día, durante la línea base y tratamiento.

Se observó que en los días de línea base, hubo una disminución de la duración de los episodios de colitis. En general, se observó que en los días de

tratamiento, hubo una disminución progresiva de la duración de los episodios de colitis.

En la Figura 6 se muestra el promedio de la intensidad de los episodios de colitis por día. En el eje de las ordenadas un valor de 1 significó un episodio de colitis poco intenso y un valor de 5 significó un episodio muy intenso.

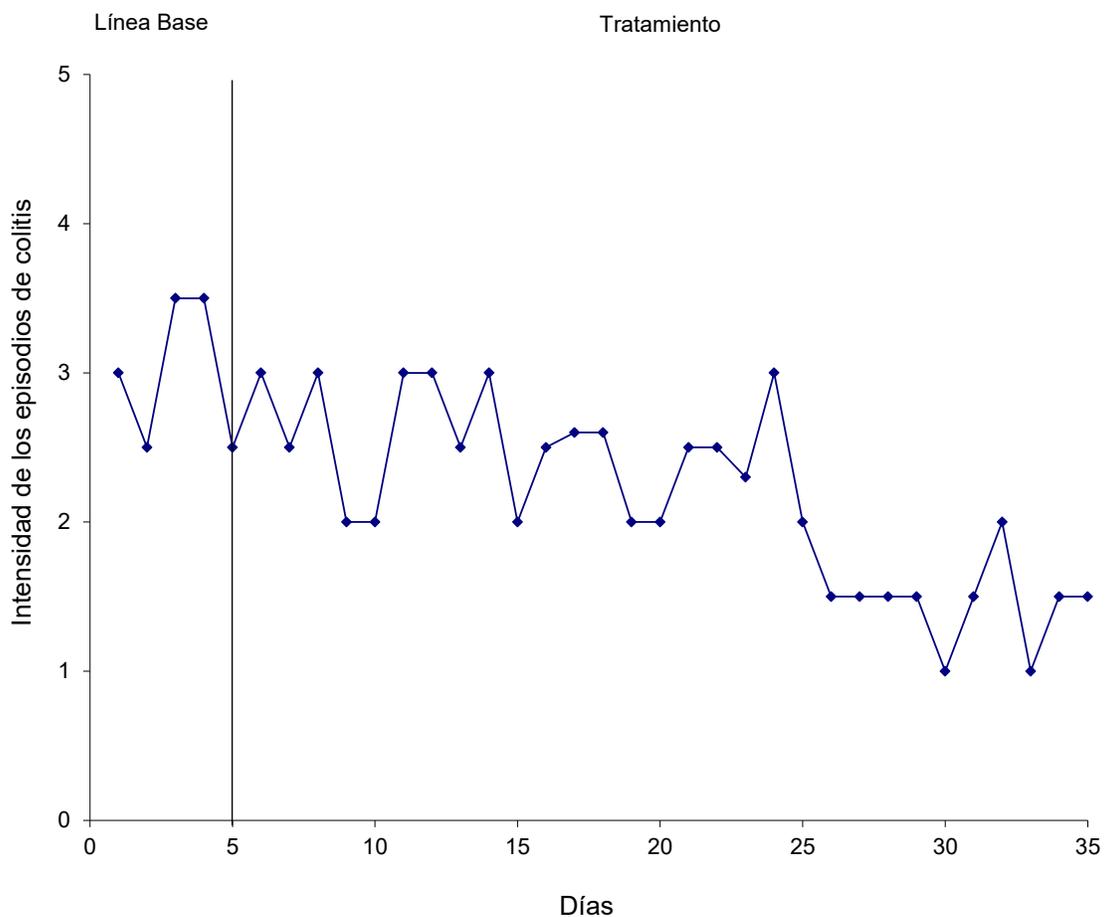


Figura 6. Promedio de la intensidad de los episodios de colitis por día, durante línea base y tratamiento.

Durante la línea base se encontró una intensidad ligeramente alta de los episodios de colitis. Posteriormente, durante los días de tratamiento la intensidad de los episodios de colitis fue disminuyendo hasta llegar a un nivel poco intenso del síntoma.

Otro de los síntomas importantes que componen al SII en el sujeto de la presente tesis es el dolor abdominal por lo que en las figuras 7, 8 y 9 se presenta la frecuencia, la intensidad y la duración de los episodios de dolor abdominal. En la Figura 7 se presenta el número de episodios de dolor abdominal que presentó el sujeto por día.

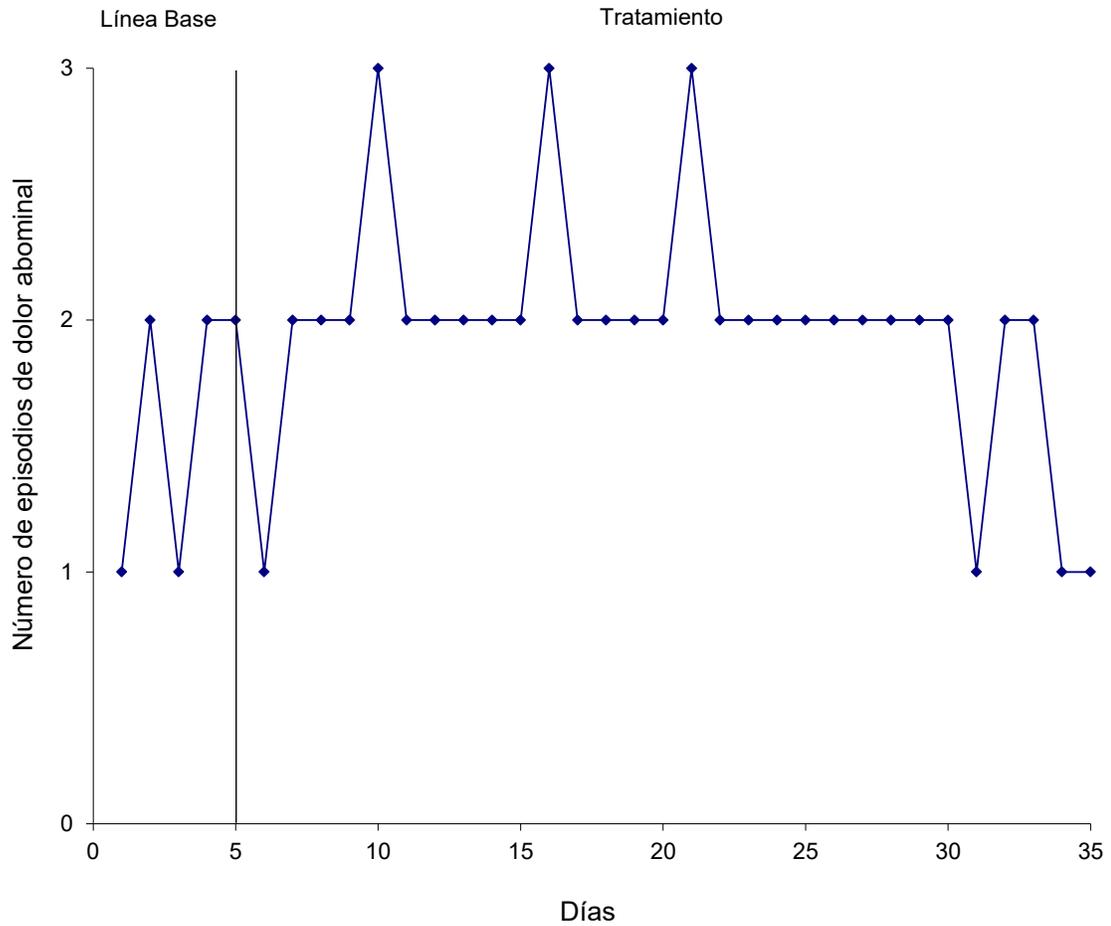


Figura 7. Número de episodios de dolor abdominal por día, incluyendo los días de línea base y tratamiento.

Se encontró que durante los días de línea base, el número de episodios de dolor abdominal se mantuvo entre 1 y 2 por día. Posteriormente, en los días de tratamiento, en general se presentaron alrededor de 2 episodios de dolor abdominal por día.

En la figura 8 se muestra el promedio de la duración de los episodios de dolor abdominal por día.

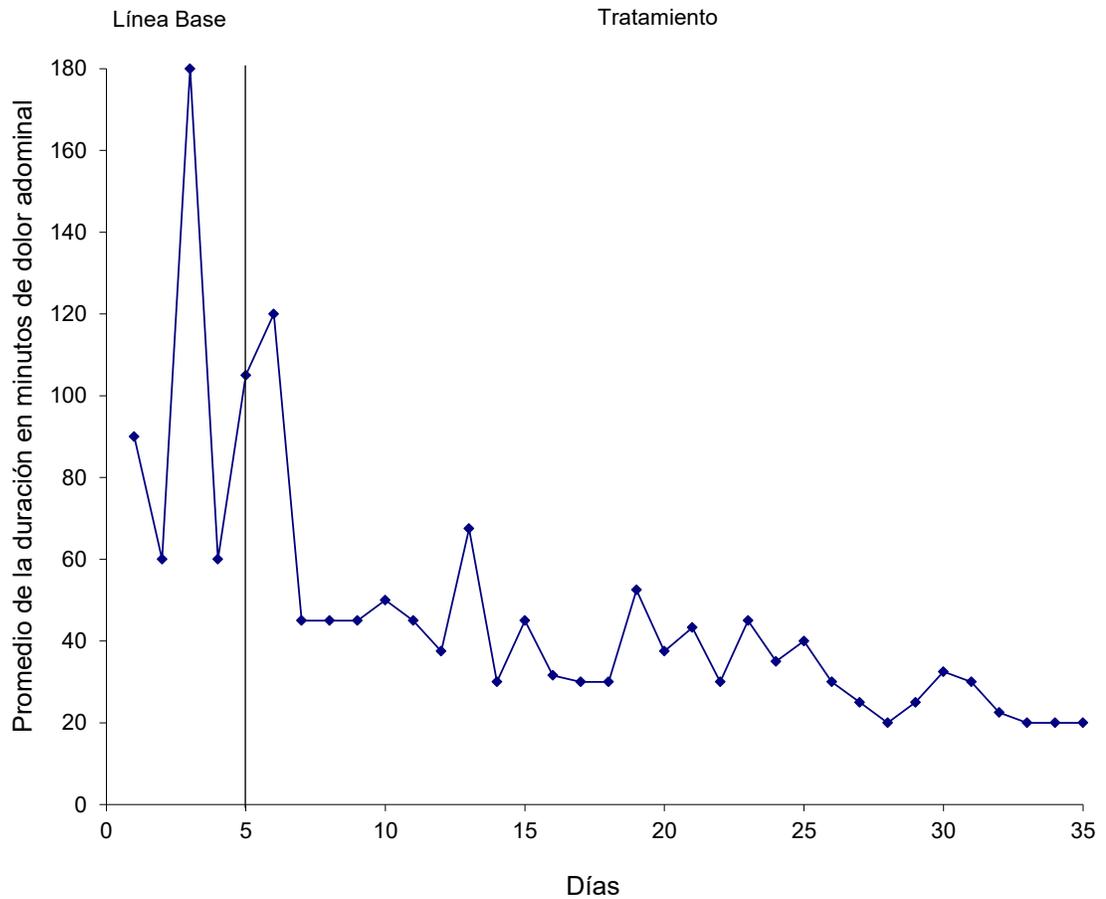


Figura 8. Promedio de la duración de los episodios de dolor abdominal por día, incluyendo los días de línea base y tratamiento.

Durante los días de línea base se observó que la duración de los episodios de dolor abdominal fue variable, mientras que en los días de tratamiento se observó en general, una disminución progresiva de la duración de los episodios de dolor abdominal.

En la Figura 9 se muestra el promedio de la intensidad de los episodios de dolor abdominal por día, durante los días de línea base y tratamiento. En el eje de las ordenadas un valor de 1 significó un episodio de dolor abdominal poco intenso y un valor de 5 significó un episodio muy intenso.

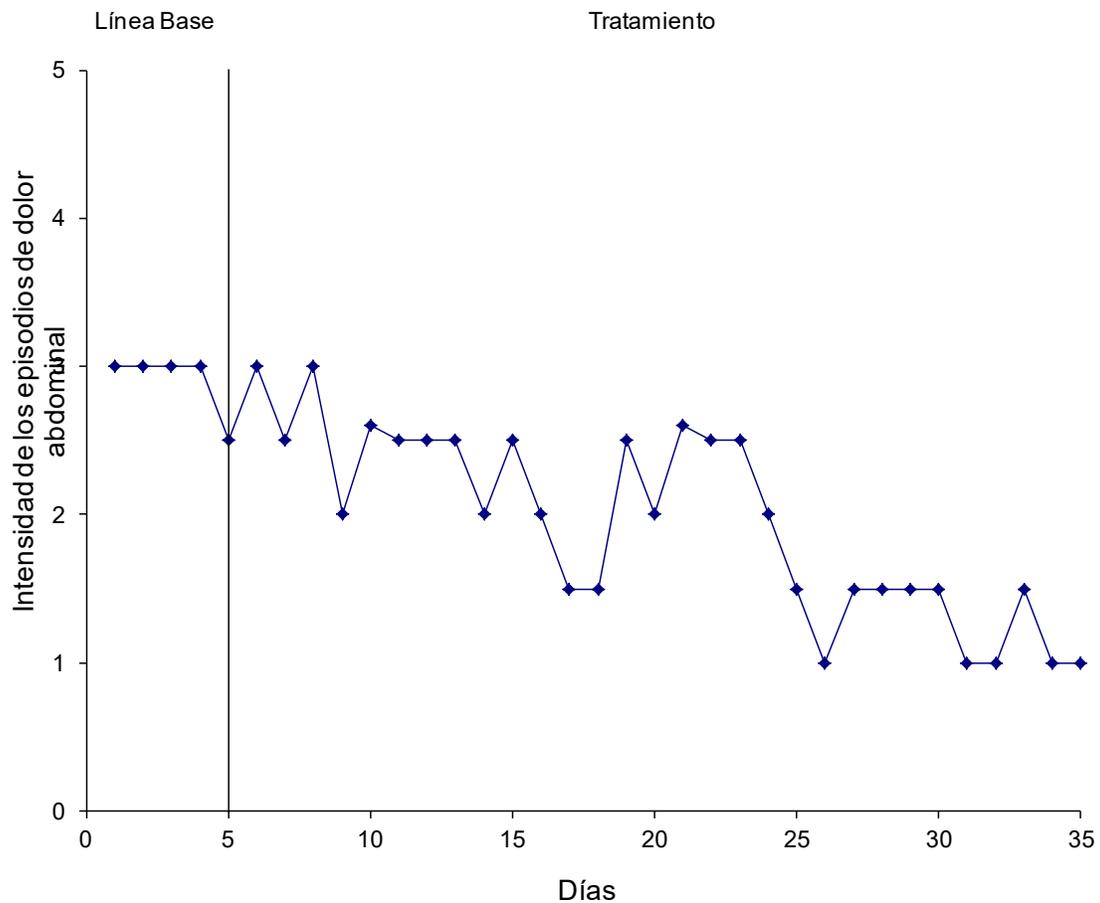


Figura 9. Promedio de la intensidad de los episodios de dolor abdominal por día, incluyendo los días de línea base y tratamiento.

Se observó que el promedio de la intensidad de los episodios de dolor abdominal durante los días de línea base se mantuvo moderadamente alta.

Durante el desarrollo del tratamiento, la intensidad de los episodios de dolor abdominal fue disminuyendo hasta llegar a un nivel muy ligero de intensidad.

El sujeto de la presente tesis, fuma cigarros desde hace varios años. Debido a que fumar cigarros causa irritación en el sistema digestivo, y debido también a que esta conducta se presenta frecuentemente en personas ansiedad, en la Figura 10 se presenta la cantidad de cigarros que fumó el sujeto por día.

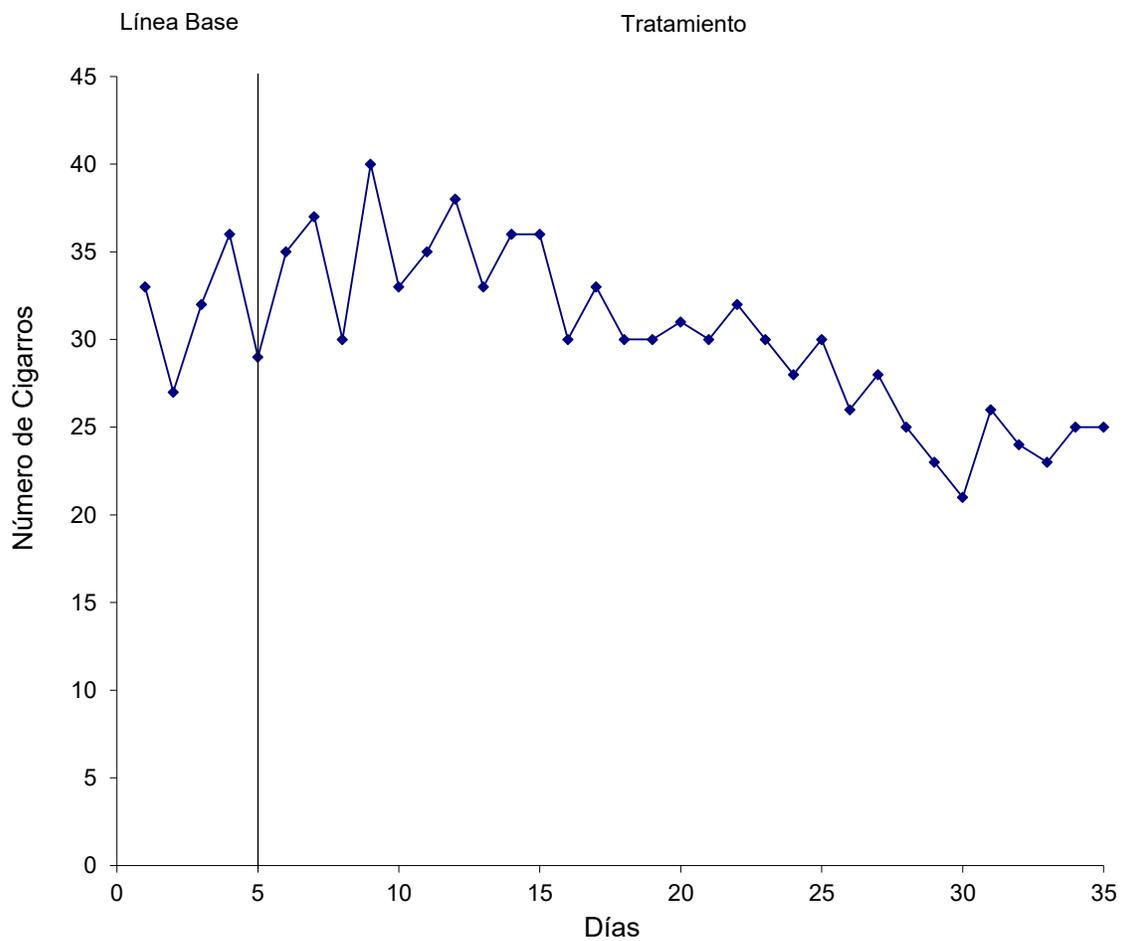


Figura 10. Cantidad de cigarros fumados por día, durante los días de línea base y tratamiento.

Se encontró que en los días de línea base, el consumo de cigarrillos fue alto. Posteriormente, durante los días de tratamiento, la cantidad de cigarrillos se mantuvo más o menos estable durante los primeros días del tratamiento y posteriormente se observó una ligera disminución en el consumo hacia el final de tratamiento.

Discusión

Un modelo integral para explicar el SII propone alteraciones fisiológicas y psicológicas (Mayer, 1999). Las alteraciones fisiológicas incluyen alteraciones en la motilidad intestinal e hipersensibilidad visceral, en el cual los pacientes tienen el umbral del dolor más bajo que las personas sanas ante situaciones como la distensión abdominal (Dueso et al., 2004). Dentro de las alteraciones psicológicas, se encuentran los factores cognitivos, las alteraciones psicológicas y los factores conductuales. Con respecto a los factores cognitivos se mencionan malos estilos de adaptación, “comportamiento enfermizo” y conceptos errados sobre la enfermedad, que pueden tener una influencia en la utilización de los recursos de salud y pueden convertir a un sujeto que presenta criterios clínicos de SII de ser un no-paciente a un paciente (Mayer, 1999). Con respecto a la presencia de alteraciones psicológicas en pacientes con SII, se han documentado que diferentes situaciones en la vida de las personas, por ejemplo, conflictos laborales, dificultades económicas o interpersonales y el consumo de ciertos alimentos (Bernstein, 2002), pueden promover el desarrollo de alteraciones psicológicas

asociadas con la aparición de síntomas de SII, como son ansiedad, pánico, depresión, autoexigencia, frustración, baja autoestima, necesidad de aprobación social y rigidez para el cumplimiento de las normas sociales (Drossman, 1997, citado en Vinaccia, Fernández, Amador, Tamayo, Vásquez, Contreras, Tobon y Sandin., 2005). Factores de la conducta como respuestas que ocurren en función de eventos traumáticos o estresantes de la vida como pueden ser pérdidas familiares, separaciones, accidentes, enfermedades e infecciones, los cuales son el detonador presente en la mayoría de los pacientes que contribuyen a la generación y exacerbación de síntomas de SII (Mayer, 1999).

Benasayag et al. (2004) mencionó que posiblemente una hipótesis más acorde con el enfoque biopsicosocial del SII es 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 estudios sobre la relación entre ansiedad y SII, se ha encontrado que pacientes con SII presentan con mayor frecuencia ansiedad, que personas sin SII (Drossman et al., 1993). En la presente tesis se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton, para medir los niveles de ansiedad del sujeto antes de la aplicación del tratamiento. Se encontró en un nivel de ansiedad moderada-grave. Este hallazgo se relaciona con los reportados por Benasayag et al. (2004), quienes realizaron un estudio descriptivo transversal en el que se exploraron algunas características cognitivas y sintomáticas de 13 pacientes consultantes con SII comparados con una muestra de 63 sujetos no consultantes sin síntomas del SII ni

psicopatológicos. Los instrumentos empleados fueron la Técnica de Rejilla Interpersonal (TRI) de Kelly y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Como parte del procedimiento, realizaron preguntas diagnósticas siguiendo los criterios del DSM-IV y encontraron que el 92% de los pacientes con SII cumplen 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. Respecto a la comorbilidad con el eje IV relativo a problemas psicosociales y ambientales, se observó una alta incidencia que presentan los pacientes con SII en problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas laborales y problemas relativos al ámbito social. Comparando los resultados de la TRI de los pacientes con SII en función del diagnóstico de somatización o ansiedad, con la muestra normal se observó que los pacientes con SII muestran más conflictos cognitivos detectados mediante la Técnica de Rejilla Interpersonal (TRI) de Kelly que los sujetos sin SII, como menor autoestima y una tendencia al pensamiento “todo o nada”. Con respecto al grupo de somatización, éste tiende a tener mayor autoestima que el grupo de ansiedad y tiende a tener puntuaciones extremas en sus construcciones de significado, es decir, tienden a ser más rígidos cognitivamente. 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 ansiedad que en el de somatización.

Además de que se ha reportado con mayor frecuencia ansiedad en personas con SII en comparación con personas que no padecen SII (Blanchard, 2001), también se ha reportado en pacientes con SII una frecuencia elevada de

depresión (Walker, Roy-Byrne, Katon, Li, Amos y Jiranek, 1990), en comparación con personas que no padecen SII (Drossman, et al., 1988). Por esta razón, como parte del procedimiento de la presente tesis, antes de iniciar el tratamiento se aplicó el Inventario de Depresión de Beck con el objetivo de medir el nivel de depresión del sujeto. Los resultados de esta prueba indicaron ausencia de depresión en el sujeto. Este resultado contradice el hallazgo más común reportado en la literatura previa sobre la relación entre enfermedades crónicas, como el SII, y la ocurrencia de depresión. Cruz, Ortiz, Muñiz y Padierna (2007) realizaron un estudio transversal comparativo con el objetivo de determinar la asociación entre depresión o ansiedad con base en los criterios de DSM-IV y la Escala de Hamilton, en pacientes con SII. La muestra estuvo formada por 100 pacientes y se dividieron en dos grupos de 50. A un grupo se le aplicó el cuestionario de Hamilton para ansiedad y a otro el cuestionario de DSM IV. Los autores reportaron que aproximadamente la mitad de los pacientes con SII presentaron ansiedad o depresión y que este síndrome afecta en mayor proporción al género femenino. Si bien, el hallazgo más común reportado en diferentes estudios es que hay una alta frecuencia de personas que padecen ambas, SII y depresión, es importante recordar que no ocurre en todos los casos, por lo que el paciente de la presente tesis probablemente constituye un ejemplo de estas excepciones.

Con respecto a los niveles de depresión del sujeto, al inicio y al final del tratamiento y aplicando nuevamente el Inventario de Depresión de Beck, no se encontraron cambios, posiblemente debido a un “efecto de piso”, en el que el sujeto se encontraba desde un inicio en un nivel de ausencia de depresión.

Cornejo y Villarreal (2005) realizaron un estudio con la finalidad de describir la prevalencia y la relación entre síntomas gastrointestinales bajos (SII) y síntomas depresivos en un grupo de pacientes hospitalizados. El estudio fue de tipo transversal de prevalencia de síntomas de SII y síntomas depresivos, así como un análisis de casos y controles para estudiar la relación de las variables. Se estudió un total de 282 pacientes a quienes les aplicaron los Criterios de Roma II para estimar la prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos, y el Inventario de Beck para realizar el diagnóstico de depresión. Los resultados obtenidos fueron que el 31.9% de entrevistados presentaron síntomas de SII, el 67.4% de entrevistados puntuaron con síntomas depresivos de los cuales el 8.1% tuvieron síntomas de depresión severa, el 30.8% tenía síntomas depresivos moderados y el 28.3 % tenía síntomas depresivos leves. De todos los pacientes que tuvieron síntomas de SII, el 75.5% tuvieron síntomas de depresión. Con estos resultados los autores concluyeron que existe una alta prevalencia entre depresión y SII en la muestra estudiada.

Blanchard (2001) mencionó que en general, los pacientes con SII obtienen puntuaciones superiores en trastornos de ansiedad comparados con sujetos sin SII.

Así mismo, los pacientes con SII padecen trastornos de somatización y trastornos del estado de ánimo como la depresión mayor con más frecuencia que las personas que no padecen SII. Los pacientes con SII suelen puntuar más alto en ansiedad que en depresión, por lo que, la ansiedad y la depresión, pueden actuar como catalizadores para que un paciente con SII busque asistencia médica,

más que ser la causa del síndrome. (Walker, Roy-Byrne, Katon, Li, Amos y Jiranek, 1990).

En la presente tesis, la intervención terapéutica con el paciente, consistió en la aplicación de las Técnica de Respiración Profunda, la Relajación Progresiva de Jacobson, el Entrenamiento Autógeno y la Técnica de Imaginería. Estas técnicas consisten en procedimientos psicoterapéuticos para el tratamiento de trastornos emocionales, psicosomáticos y médicos basados en una profunda toma de conciencia del cuerpo y resultan eficaces para ayudar al paciente a reducir sus niveles de ansiedad (Granda y Saez, 2000).

Antes de iniciar el tratamiento con las Técnicas de Relajación, se llevó a cabo en una sesión previa, la información de las técnicas para que el paciente conociera sus objetivos. Posteriormente, se llevó a cabo la práctica de las técnicas, con el objetivo de que el paciente conociera sus límites y alcances en la ejecución de los ejercicios y al mismo tiempo identificar y solucionar posibles dificultades que su hubieran presentado, como molestias físicas. En esta sesión, al sujeto se le dificultaba concentrarse. Esta dificultad se fue solucionando conforme se fueron desarrollando las sesiones y el sujeto fue desarrollando sus habilidades para concentrarse y dominar la ejecución de las técnicas. Vázquez (2008) explicó que antes de iniciar las Técnicas de Relajación es conveniente explicar al sujeto los objetivos de las técnicas para conseguir una mayor colaboración y adherencia terapéutica por parte del paciente. Además, se debe mostrar y ensayar los ejercicios que se desarrollaran con el fin de encontrar algunas dificultades en su

realización que requiera la adaptación a las peculiaridades características de cada persona.

Vázquez (2008), mencionó que la percepción que tenga el paciente con respecto a las Técnicas de Relajación es importante, ya que estas ideas determinarán el curso y la eficacia del tratamiento. Si el paciente tiene una perspectiva positiva, es decir, que esté dispuesto a llevar a cabo las técnicas, mantener su concentración durante el desarrollo de las sesiones y confíe en las mismas, la eficacia de la técnica será mayor en comparación a una perspectiva negativa, como el no colaborar con las técnicas, no mantener la concentración en las instrucciones o dejar que los pensamientos que se lleguen a presentar durante la ejecución de las técnicas lo distraigan o no creer en la eficacia de las mismas.

También es importante preguntarle al sujeto, al final de cada sesión, cómo se sintió y la perspectiva que va teniendo conforme se va desarrollando el tratamiento. Así, al final de cada sesión, se le preguntaba al sujeto cómo se había sentido y mencionaba que las técnicas le parecieron interesantes, aunque las primeras sesiones le estaban costando trabajo y se le dificultaba el concentrarse y sus síntomas estaban disminuyendo poco a poco. Al final del tratamiento, el sujeto mencionó que las técnicas le habían sido de mucha utilidad, se sintió más relajado y su ansiedad, estrés y tensión habían disminuido. También comentó que, en situaciones que le provocaban ansiedad o estrés, practicaba durante unos minutos alguna de las técnicas.

Con la finalidad de conocer los niveles de ansiedad del sujeto en la última sesión del tratamiento, se aplicó nuevamente la Escala de Ansiedad. Se encontró una disminución en los niveles de ansiedad del sujeto, encontrándose en un nivel de ansiedad leve, en comparación con la primera aplicación de la escala, en donde el sujeto se encontró en un nivel de ansiedad moderada-grave. Comparando los niveles de ansiedad del sujeto, se puede concluir que estos niveles disminuyeron al final del tratamiento, posiblemente por el efecto terapéutico de las Técnicas de Relajación. Éste hallazgo coincide con las conclusiones de Vázquez (2008), Cascardo y Resnik (2005) y Langen (1994) quienes mencionan que las Técnicas de Relajación son eficaces para disminuir los niveles de ansiedad del sujeto. Estas técnicas se emplean como única estrategia de intervención o son parte de otros procedimientos terapéuticos.

Los hallazgos encontrados en la presente tesis acerca de los efectos de las técnicas de relajación sobre el SII, se relacionaron con los hallazgos encontrados por Ortega, Torres, Baillés, Fullana, Farré, Vilar, Maluenda, Creix, Creix y Craske (2006). Estos autores mencionaron que la terapia cognitivo-conductual (TCC) basada en estrategias de inoculación del estrés ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del SII. Estos autores diseñaron un estudio piloto a fin de evaluar la eficacia de un tratamiento alternativo para el SII, conocido como Terapia Cognitivo-Conductual/Exposición Interoceptiva (TCC/EI). Se trabajó con ocho pacientes que fueron asignados al azar a dos grupos de tratamiento: Grupo Experimental TCC/EI (5 pacientes) y Grupo control Relajación Muscular Progresiva y Visualización (3 pacientes). El grupo experimental trabajó diez

sesiones de 60 minutos de duración con una frecuencia semanal que incluyeron módulos de educación, entrenamiento en el control de la atención, entrenamiento en reestructuración cognitiva, exposición in vivo y exposición interoceptiva. El grupo control trabajó diez sesiones de 60 minutos de duración, con una frecuencia semanal, divididas en un primer módulo de cinco sesiones de entrenamiento en relajación muscular progresiva, y un segundo bloque compuesto por cinco sesiones de entrenamiento en técnicas de visualización. En ambos grupos se observaron reducciones en la sintomatología gastrointestinal. Los resultados obtenidos por estos autores sugieren que la Relajación Muscular Progresiva y la Visualización pueden ser igual de eficaces en la disminución de la sintomatología del SII que la TCC/EI.

El modelo cognitivo-conductual, ha sido propuesto para explicar la etiología del SII. Este modelo sugiere que los síntomas gastrointestinales son afectados por la interacción entre eventos psicológicos (cogniciones, emociones y conducta), sociales (apoyo), y factores fisiológicos (dolor abdominal). De acuerdo con este modelo, las respuestas individuales repercuten en los síntomas gastrointestinales, los eventos de la vida afectarán las respuestas emocionales (ansiedad, depresión) y en la severidad de los síntomas gastrointestinales (Tkachuk, Graff, Martín y Bernstein, 2003, citado en Olatunji, Tolin y Lohr, 2004). Algunas de estas técnicas cognitivas-conductuales incluyen las técnicas de Relajación.

Wise, Cooper y Ahmed (1982) trabajaron con un grupo de pacientes con SII, aplicando la técnica de Relajación Muscular Progresiva. Encontraron una reducción en los síntomas del SII; sin embargo, no se hallaron cambios en las

quejas somáticas reportadas. Blanchard, Greene, Scharff y Schwarz-McMorris (1993) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de técnicas de relajación en pacientes con SII. El entrenamiento se realizó en sesiones individuales. Las primeras dos semanas de tratamiento, las sesiones se llevaron a cabo dos veces a la semana y después una vez por semana por seis semanas. El entrenamiento consistió en tensión muscular, respiración profunda e imaginería. Adicionalmente a las sesiones, los participantes emplearon un audiocasette una vez al día por 20-25 minutos. Los resultados obtenidos por estos autores, indicaron que los participantes mostraron una gran mejora en los síntomas de SII.

Para conocer la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas de gastritis, colitis y dolor abdominal, el sujeto registraba diariamente estos síntomas. Se encontró que el número de episodios de gastritis se mantuvieron estables entre 2 y 3 episodios por día, a lo largo del tratamiento, incluyendo los días de línea base. Con respecto al promedio de la duración de los episodios de gastritis, se encontró en general que la duración de los episodios disminuyeron hasta llegar a un nivel relativamente bajo. El promedio de la intensidad de gastritis en los días de línea base se encontró en poco intenso, de acuerdo a la escala que sirvió como referencia, y conforme se fue desarrollando el tratamiento, el promedio descendió hasta un nivel bajo de intensidad. De acuerdo a los datos que reportó el sujeto en las hojas de autorregistro, se observó que la duración e intensidad de gastritis, en términos generales, disminuyó. Sin embargo, la frecuencia de los episodios de gastritis tendió a estabilizarse entre 2 y 3 por día. Con estos hallazgos, es posible concluir que estas disminuciones, se debieron al efecto terapéutico de las

Técnicas de Relajación, lo cual es un hallazgo similar al reportado en diferentes estudios (e.g., Vázquez, 2008) en los que se ha concluido que éstas técnicas resultan eficaces para ayudar al paciente con SII.

Los episodios de colitis tendieron a estabilizarse durante los días de línea base y de tratamiento, manteniéndose en 2 episodios por día. En general, se observó que el promedio de la duración de los episodios de colitis fue disminuyendo progresiva hasta llegar a un nivel bajo. Con respecto al promedio de la intensidad, en los días de línea base, fue ligeramente alta y en los días de tratamiento fue disminuyendo hasta llegar a un nivel poco intenso del síntoma. Estos hallazgos obtenidos mediante las hojas de autorregistro, permiten concluir que la aplicación de las Técnicas de Relajación posiblemente influyeron en la disminución de la duración e intensidad del síntoma de colitis, ya que como se mencionó anteriormente éstas técnicas tienen por objetivo que el sujeto prevenga estados de tensión muscular, y por lo tanto, promueve la adecuada regulación del organismo (Vázquez, 2008).

Los episodios de dolor abdominal fueron variables en los días de línea base, manteniéndose entre 1 y 2 episodios por día. Posteriormente, tendieron a estabilizarse en los días de tratamiento, manteniéndose en 2 episodios por día. El promedio de la duración de los episodios de dolor abdominal fue variable en los días de línea base, mientras que en los días de tratamiento se observó en general una disminución progresiva. En cuanto al promedio de la intensidad de los episodios de dolor abdominal, se encontró que en los días de línea base fue moderadamente alta y en los días de tratamiento disminuyó a un nivel muy ligero

de intensidad. Estos hallazgos, permiten concluir que estas disminuciones de las características del dolor abdominal, se lograron por el efecto terapéutico de las Técnicas de Relajación. La disminución en las características del dolor abdominal reportados en la presente tesis se asemeja a los cambios en el malestar abdominal reportado en otros estudios. Por ejemplo, Ortega et al. (2006) mencionaron que las Técnicas de Relajación resultaron eficaces para disminuir los síntomas en pacientes que padecen SII.

En la última sesión del tratamiento y después de la aplicación de las escalas de ansiedad y depresión, se le preguntó al sujeto cómo percibió el tratamiento en general y cómo se había sentido en términos generales, con respecto a sus síntomas y a su salud en general. El sujeto mencionó que las Técnicas de Relajación fueron interesantes y le agradó el tratamiento porque conoció un método para disminuir su ansiedad. Sintió un alivio en sus síntomas que aunque no desaparecieron por completo, si disminuyeron y en general en su salud se sentía mucho mejor. También comentó que, poco a poco iba a poder incluir algunos alimentos que antes no podía consumir.

La valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, sobre su estado físico, emocional y social y que refleja su grado de satisfacción con su situación personal a nivel fisiológico, emocional y social, se le conoce como calidad de vida (Schwartzmann, 2003).

Hahn et al. (1997) sostuvieron que con el aumento de la severidad de los síntomas del SII, la salud mental y el rol emocional se ven más afectados, lo que

influye en el bienestar percibido de estos pacientes. Una percepción de calidad de vida deteriorada, se asocia a una deficiente satisfacción con respecto a la salud mental, un débil control frente a sus emociones y altos niveles de ansiedad y depresión (Gralnek et al., 2000, citado en Vinaccia et al., 2005). Drossman et al., 2000 (citado en Vinaccia et al., 2005) argumentaron que es probable que factores como el miedo, el agotamiento, la preocupación y el cansancio contribuyan a un reducido repertorio dentro de las actividades del individuo que padece SII. En este sentido, la depresión y la ansiedad en los pacientes con SII, pueden deberse en parte al impacto negativo de esta enfermedad crónica sobre la calidad de vida percibida (Drossman, 1995, citado en Vinaccia et al., 2005).

Vinaccia et al. (2005), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida, ansiedad y depresión en 73 personas diagnosticadas con SII y observar si existe relación entre estas variables. Se empleó el Cuestionario de Calidad de Vida SF36 y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). El SF36 evalúa Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) y Evolución declarada de la salud (valoración de la actual salud comparada con la de un año atrás). No se observó un detrimento severo en la calidad de vida de estos pacientes probablemente debido a que algunas dimensiones que han demostrado

tener un impacto importante sobre ella, se encontraban altamente preservadas, como fueron función física, rol físico y función social. Por otro lado, la ansiedad y depresión se relacionaron con la calidad de vida de los pacientes con SII, a mayor ansiedad menores sentimientos de energía y vitalidad y mayor detrimento en la salud mental, y a mayor depresión, menores sentimientos de vitalidad, menor rol emocional y salud mental. Los resultados encontrados por estos autores confirman la importancia de considerar los factores psicológicos sobre la percepción de calidad de vida de los pacientes con SII.

La depresión y ansiedad en los pacientes con SII pueden deberse al impacto y percepción que tengan de la enfermedad y a la influencia de los síntomas en sus actividades cotidianas, más que a los síntomas del SII en sí mismos, que se relacionan con la percepción de la calidad de vida del paciente. Sin embargo, no todos los pacientes con SII tienen un deterioro en la calidad de vida, posiblemente debido a que sus niveles de ansiedad y depresión se encuentran bajos, como en el caso del sujeto de la presente tesis, en el que su nivel de depresión fue bajo. Tomando en consideración la importancia de evaluar la calidad de vida del paciente con SII, se recomienda que para futuras investigaciones, se tome en cuenta ésta variable, ya que así se tendrá conocimiento de la percepción que tenga el sujeto de sí mismo y cómo afronta el SII.

El consumo del cigarro no formaba parte del objetivo de la presente tesis y, por lo tanto, de la intervención terapéutica con el paciente. Sin embargo, se tomó en cuenta en el presente estudio ya que el paciente mencionó que fumaba, su

consumo era alto y lo asociaba a su ansiedad, y que argumentó que entre más ansioso o estresado se sentía, más fumaba. Al igual que la sintomatología, el sujeto registró diariamente la cantidad de cigarros que consumía al día. Durante los días de línea base, el consumo era alto y conforme se fue desarrollando el tratamiento, el consumo disminuyó ligeramente. Estas disminuciones se debieron posiblemente al efecto colateral de las Técnicas de Relajación, ya que la cantidad de cigarros disminuyó al final del tratamiento, así como los niveles de ansiedad. Así mismo, el deseo y motivación por parte del sujeto para disminuir el consumo del cigarro, su colaboración e interés que mostró en el desarrollo del tratamiento, fueron factores que influyeron de manera positiva.

En la actualidad se reconoce la importancia de las variables psicosociales en una amplia gama de enfermedades físicas. El surgimiento de la enfermedad en la vida de una persona, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que genera un impacto en la vida de la persona y un desequilibrio en su comportamiento y estilo de vida. Éstas situaciones estresantes pueden desencadenar en ansiedad, miedo, entre otros sentimientos (Brannon y Feist, 2001, citado en Vinaccia, Contreras, Bedoya, Carrillo, Cuartas, López y Cano, 2004).

Vinaccia et al. (2004) mencionaron que la función gastrointestinal mantienen una estrecha relación con el estrés en el ámbito clínico, ya que cuando los pacientes están perturbados o ansiosos, refieren molestias abdominales o intestinales. En el caso del SII y la colitis ulcerativa, hay evidencias que

demuestran la relación entre éstas enfermedades con factores psicológicos, como ansiedad, depresión e irritabilidad (Vinaccia, 2004).

Autores como Blanchard, Keefer, Payne, Turner y Galovski (2002) encontraron que el 55% de paciente con SII, presentaron desórdenes psiquiátricos en el Eje I. En relación con este hallazgo, Mayer et al. (2001) mencionaron que el SII presenta una conexión específica con síntomas de ansiedad y depresión

En la presente tesis se trabajó con un paciente que padecía síntomas asociados al SII con el objetivo de evidenciar que las Técnicas de Relajación son procedimientos eficaces para reducir los niveles de ansiedad y depresión del sujeto y verificar si las disminuciones en los niveles de ansiedad y depresión se relacionan con disminuciones en la sintomatología asociada al SII.

Antes de iniciar el tratamiento se midieron los niveles de ansiedad del sujeto con la Escala de Ansiedad de Hamilton y la puntuación indicó ansiedad moderada-grave. Este hallazgo se relacionó con lo reportado en estudios previos, en que los pacientes con SII presentan altos niveles de ansiedad en comparación con personas que no padecen SII (e.g. Mayer, 1999; Drossman, 1997, citado en Vinaccia, Fernández, Amador, Tamayo, Vásquez, Contreras, Tobon y Sandin, 2005).

Al finalizar la aplicación del tratamiento, se encontró que las Técnicas de Relajación resultaron eficaces para disminuir los niveles de ansiedad del sujeto, ya que tras aplicar nuevamente la Escala de Ansiedad de Hamilton, el sujeto se encontró que un nivel de ansiedad leve. Con respecto a los síntomas asociados al

SII, por medio de los autorregistros que el sujeto llenaba diariamente, al inicio del tratamiento los niveles de duración, intensidad y frecuencia de los síntomas eran altos y al final del tratamiento, estos niveles se mantuvieron estables y disminuyeron. Estos hallazgos, se relacionaron con lo reportado por autores como Ortega et al. (2006); Wise, Cooper y Ahmed, (1982); Blanchard, (1993) y Vázquez (2008), quienes argumentaron que las Técnicas de Relajación resultan eficaces para disminuir los niveles de ansiedad del sujeto y así mismo, para disminuir los síntomas de SII.

Con la aplicación de las Técnicas de Relajación en la presente tesis, se pudo evidenciar la eficacia de dichas técnicas para disminuir los niveles de ansiedad del sujeto, así como la duración, la intensidad y la frecuencia de los síntomas de SII.

Lista de referencias

- Anderson, J. (2001). *Aprendizaje y memoria. Un enfoque integral*. México: McGraw Hill.
- Ayuso, J. L. G. (2002). El médico de atención primaria ante el paciente con ansiedad generalizada. *Salud Global*, 2, 2 – 7.
- Baena, A. Z., Sandoval, M. A. V., Urbina, C. C. T., Helen, N. J., & Villaseñor, S. J. B. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6, 2-14.
- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. & Guillamon, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Díaz de Santos.
- Balboa, A. R., Carrillo, R. M., Mínguez, M. P., Valdepérez, J. J. T., Tort, S. D., Mearin, F. M., & Alonso-Coello, P. (2005). *Guía de Práctica Clínica. Síndrome del Intestino Irritable. Manejo del paciente son SII*. Barcelona, España: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. **Recuperado el 8 de marzo de 2010, de <http://www.cochrane.es/~cochrane/files/sii.pdf>**
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47, 4 - 11.

- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L. A., & Laso, E. (2004). Conflictos Cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): Un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 105-119.
- Benítez, J. M. M., Casquero, R. R., Gasull, V. M., López, S. C., Panero, P. H., Pont, R. M. D., Sánchez, F. S., Santo, A. G., Villalva, E. Q., & Zamorano, E. B. (2007). Depresión y Ansiedad. Documentos Clínicos SEMERGEN. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, 8-116.
Recuperado el 15 de Mayo de 2011, de
http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/ansiedad/depresion_guia.pdf
- Benitez, J. M. M., Casquero, R. R., López, S. C., Panero, P. H., Pont, R. M. D., & Zamorano, E. B. (2011). Ansiedad. Documentos Clínicos SEMERGEN, 41-65. **Recuperado el 1° de Abril de 2011, de**
<http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/ansiedad/ansiedad.pdf>
- Bernstein, S. G. (2002). Tratamiento psicológico para el abordaje del Síndrome del Colon Irritable. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 66, 154-162.
- Blanchard, E.B. (2001). Irritable Bowel Syndrome. Psychosocial assessment and treatment. *American Psychological Association*, XI, 101-111. **Recuperado el 1° de Marzo de 2012, de**
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2000-16942-008>

Blanchard, E. B., Greene, B., Scharff, L., & Schwarz-McMorris, S. P. (1993).

Relaxation training as a treatment for irritable bowel syndrome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 18, 125-132.

Blanchard, E. B., Keefer, L., Payne, A., Turner, S. M., & Galovski, T. E. (2002).

Early abuse, psychiatric diagnoses, and irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 289–298.

Bulbena, A. V., Casquero, R. R, De Santiago, M. L. H., Del Cura, M. I. G., Díaz, P.

C., García, A. I., et al. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. **Recuperado el**

15 de Mayo de 2011, de
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf
f

Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13, 442 – 446.

Cascardo, E.,& Resnik, P. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada. Bases para el diagnóstico y tratamiento del paciente con preocupación excesiva*.

Buenos Aires, Argentina: Polemos.

Chinchilla, A. M., Cebollada, A. G., Vega, M. P., Huerta, M. G., & Prieto, R.

L.(1999).*Guía terapéutica de las depresiones*. Barcelona, España: Masson.

Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*.

Buenos Aires, Argentina: Polemos.

- Cornejo, C. Z., & Villarreal, J. M. (2005). Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 25, 156 – 160.
- Creed, F.H., Craig, T. y Farmer, R.G. (1988). Functional abdominal pain, psychiatric illness and life events. *Gut*, 29, 235-242.
- Cruz, M. A. R., Ortiz, R. B. H., Muñiz, D. J., & Padierna, J. L. L. (2007). Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Revista de Gastroenterología de México*, 72, 29-33.
- De la Garza, F. G. (2004) *Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para pacientes y familiares*. México: Trillas.
- De Ponti F, Tonini M. (2001). Irritable bowel syndrome: new agents targeting serotonin receptor subtypes. *Drugs*, 61, 317-332.
- Dueso, E., Jorquera, F., Martín, S., & Fernández, V. (2004). Síndrome del Intestino Irritable. *Revista de la SEMG*, 63, 211-225.
- Drossman, D.A., Camilleri, M., Mayer, E.A., et al. (2002). Technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 123, 2108-2131.
- Drossman, D.A., Creed, F.H., Olden K.W., Svedlund, J., Toner, B.B., Whitehead, W.E. (1999). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45, 1125-30.
- Drossman D.A., Li Z, Andruzzi E, Temple, R.D., Talley, N.J., Thompson, W.G. et al. (1993). U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders:

prevalence, sociodemography, and health impact. *Digestive Diseases and Science*, 38, 1569-1580. **Recuperado el 1° de Marzo de 2010 de** <http://www.springerlink.com/content/x51m4kt054557566/>

Echeburúa, E. O. (2000). Medición Clínica en Trastornos Fóbicos y de Ansiedad.

En A. V. Bulbena, G. E. Barrios, & P. P. Fernández de Lamnoa (Eds). *Medicina Clínica en Psiquiátrica y Psicología* (pp.369 – 374). Barcelona, España: Masson.

Freeman, A., & DiTomasso, R. A. (2004). Conceptos Cognitivos de la Ansiedad. En

Stein, D. J., & Hollander, E. (Eds) *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (pp. 86 - 93). España: Ars Medica.

Gómez-Restrepo, C. (2008). Técnicas de Psicoterapia Breve en Psiquiatría de Enlace. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 100 – 112.

González, M. N., González, M. L. N., Gil, P. G., Carrasco, I. C., & García, S. M. (2001). *Depresión: Un enfoque gerontológico*. España: 2010.

Granda, A. B., & Saez, R. B. (2000). *Manual de Relajación*. Lima, Perú: Organización Panamericana de la Salud.

Gros, D. F., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Swinson, R. P. (2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 290-296.

Hahn, B.A, Kirchdoerfer, L. J., Fullerton, S. & Mayer, E. (1997). Patient-perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms , health

resource utilization and quality of life. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 11, 553-559.

Henningsen, P., Zimmermann, T., Sattel, H.(2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-33. **Recuperado el 1° de Marzo de 2012 de** <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/65/4/528.short>

Howland, H. R. & Thase, E. M. (2007). Depresión resistente al tratamiento y depresión crónica. Papel de los trastornos del Eje II en la evaluación y tratamiento. En M, Rosenbluth, K. H. Sidney & B, R. Michael. (Eds.). *Depresión y personalidad. Desafíos clínicos y conceptuales* (pp. 149-166). España: Masson.

Langen, D. (1994). *La Relajación. Entrenamiento Autógeno*. España: Everest.

León-Jiménez, F. & Cubas-Benavidez, F. (2009). Características Clínicas del Síndrome de Intestino Irritable en pacientes de dos centros asistenciales. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 22, 89 – 95

López, A. C., Rivera, J. F. R., Sobrino, S. C. & Suárez, E. M. (2009). Guías Clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. *Revista de Gastroenterología de México*, 74, 56-57.

Mayer, E.A. (1999). Emerging disease model for functional gastrointestinal disorders. *American Journal of Medicine*, 107, 12-19.

- Molano, J. (2003). Calidad de Vida en Síndrome de Intestino Irritable. *Asociación Colombiana de Gastroenterología*, 18, 25-27.
- Moreira, V. F., & López San Román, A. (2005). Información al Paciente. Síndrome del Intestino Irritable. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97, 59.
- Olatunji, B. O., Tolin, D. F., & Lohr, J. M. (2004). Irritable Bowel Syndrome: associated features and the efficacy of psychosocial treatments. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 125-140.
- Olden, K. (2005). Síndrome del Intestino Irritable. En Lichtenstein, G. R., & Wu, G. D. (Eds). *Los requisitos en gastroenterología. Vol. 2: Intestino Grueso y Delgado*. (pp. 255-267). España: Elsevier.
- Ortega, M., Torres, X., Baillés, E., Fullana, M. A., Farré, J. M., Vilar, J., Maluenda, M.D., Creix, J. J., Creix, A.J. & Craske, M. (2006). Estudio piloto sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual/Exposición interoceptiva en el tratamiento del síndrome del intestino irritable. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 79, 61-70.
- Otero, W. & Gómez, M. (2005). Síndrome de Intestino Irritable. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología*, 20, 72-83.
- Remes-Troche, J.M., Gómez-Escudero, O., Nogueira-de Rojas, J.R., Carmona-Sánchez, R, Pérez-Manauta, J., López-Colombo, A., Sanjurjo-García, J.L.,

- Noble-Lugo, A. Chávez-Barrera, J.A. & González-Martínez, M. (2010). Tratamiento farmacológico del síndrome de intestino irritable: revisión técnica. *Revista de Gastroenterología de México*, 75, 42-66.
- Rodríguez-Landa, J. F., & Contreras, C. M. (1998). Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. *Revista Biomédica*, 9, 181-191.
- Rojas, E. M. (1998). *La Ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Madrid, España: Temas de Hoy.
- Rojtenberg, S. (comp.) (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Sánchez, J. A. P., & López, A. C. (2005). Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. *Salud Global*, 3, 1-7.
- Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R., & Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58, 540 – 546.
- Schmulson, M. W. (2002). Síndrome de Intestino Irritable: Otra enfermedad sin base anatómica. *Gaceta Médica De México*, 138, 50-55.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería IX*, 2, 9-21.

- Singer, J. L. (2008). *Imaginería en Psicoterapia*. México: Manual Moderno.
- Stone, M. (2004). Historia de los Trastornos de Ansiedad. En Stein, D. J., & Hollander, E. (Eds) *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (pp.3 – 12). España: Ars Medica.
- Suárez, M. R., & Pujol, S. (2009). *La Depresión en la vida diaria. Guía práctica destinada al médico general para su detección, diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Valenzuela, J. E. (2008). Síndrome de Intestino Irritable (S.I.I.): Nuevos conceptos sobre una antigua enfermedad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 19, 353-359.
- Vázquez, C. V. & Jiménez, F. F. (2000). Depresión y Manía. En A. V. Bulbena, G. E. Barrios, & P. P. Fernández de Lamnoa (Eds). *Medicina Clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 255 – 273). Barcelona, España: Masson.
- Vázquez, M. I.(2008). *Técnicas de Relajación y Respiración*. España: Síntesis.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M. C., Carrillo, L. M., Cuartas, M. J., López, N. & Cano, E. J. (2004) Conductas anormales de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 14, 31-41.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R. E., Vázquez, A., Contreras, F., Tobon, S. & Sandin, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23, 65-74.

Virgen R. M., Lara, A. C. Z., Morales, G. B., & Villaseñor, S. J. B. (2005). Los Trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6, 1-8.

Walker, E.A., Roy-Byrne, P.P., Katon, W.J., Li, L., Amos D. & Jiranek G. (1990) Psychiatric illness and irritable bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1656-1661.

Wise, T. N., Cooper, J. N., & Ahmed, S. (1982). The efficacy of group therapy for patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*, 23, 465–469.