PREDICTORES CLÍNICOS EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

María del Carmen González-Rato, Concepción Fernández-Rodríguez* y Elena García-Vega*
** Dpto. de Psicología.*
Universidad de Oviedo.

RESUMEN

Cuarenta pacientes con Síndrome de Intestino Irritable se distribuyeron aleatoriamente a cuatro condiciones de tratamiento (G.E. Entrenamiento en Manejo de Estrés, G.E. Entrenamiento en Manejo de Contingencias, G.C. Tratamiento Médico y G.C. Placebo), con la única restricción de asegurar que las manifestaciones sintomáticas de los pacientes de cada grupo (N=10) fuesen en la mitad de los casos de naturaleza respondiente (idóneos de entrenamiento en manejo de estrés) y en la otra mitad operante (idóneos de entrenamiento en manejo de contingencias). Los pacientes recibieron seis sesiones individuales de tratamiento específicas para cada condición. Todos los sujetos cumplimentaron autorregistros de síntomas diarios. Se realizó un MANOVA de diseño factorial mixto, para analizar la interacción entre idoneidad y tratamiento en el post-tratamiento para el global de la sintomatología y para cada síntoma. Los resultados mostraron que se produjeron cambios estadísticamente significativos en función de la interacción idoneidad-tratamiento ($p<0.1$) y del tipo de tratamiento ($p<0.05$). Los cambios clínicos evaluados por el gastroenterólogo se mantienen al cabo de un año. Se discuten los parámetros conductuales implicados en la evolución de los pacientes según la idoneidad y el tipo de tratamiento.

Palabras Clave: Síndrome de Intestino Irritable, Manejo de Estrés, Manejo de Contingencias

ABSTRACT

Forty patients with Irritable Bowel Syndrome were randomly assigned to four treatment conditions (GE Stress Management, G.E. Contingencies Management, G.C. Medical Treatment and G.C.lacebo). Only one restriction was taken in order to assuring that the symptomatic demonstrations of the patients of each group (N=10) would be in half of the cases of responsive nature (suitable of stress management) and in the other operating half (suitable of contingencies management). The patients underwent six individual sessions were specific for each condition. All the subjects completed symptoms monitoring diaries. It was accomplished an MA NOVA of mixed factorial design, to analyze the interaction between suitability and treatment in the post-treatment for the global of the symptomatology and for each symptom in particular. The results showed that significant changes in function of the suitability interaction-treatment ($p<0.1$) and of the type of treatment ($p<0.05$) were produced. The clinical changes evaluated by the gastroenterology are maintained at year follow-up. The behavioral parameters implicate in the evolution of the patients according to the suitability and the type of treatment are discussed.

Key Words: Irritable Bowel Syndrome, Stress Management, Contingencies Management

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable (IBS) es un desorden funcional que, por lo general, interfiere con el normal desarrollo de la vida cotidiana de los individuos. Se caracteriza por un conjunto sintomático digestivo, en el que se consideran definitorios la presencia continua o intermitente de dolor abdominal y/o la alteración del hábito intestinal (diarrea y estreñimiento) (Drossman, Thompson, Talley, Funch-Jensen y Whitehead, 1990). Aunque carece de mortalidad, la importancia de este cuadro clínico radica en su alta incidencia. Entre un 10-20% de la población general presenta síntomas compatibles con IBS. En la consulta ambulatoria de aparato digestivo es el diagnóstico más común, afectando entre el 50-70% de los pacientes (Harvey, Salih y Read, 1983; Talley, Phillips, Melton, Wiltgen y Zinsmentor, 1989). La distribución por edades parece homogénea; en cuanto al sexo, la incidencia es mayor entre las mujeres en una relación 2,3/1. El tratamiento médico que es sintomático no resuelve el problema para un número elevado de pacientes que, no obstante, suele continuar demandando asistencia, con la consiguiente ocupación de las consultas médicas y el encarecimiento del costo sanitario y social

(pruebas diagnósticas, fármacos, bajas laborales...), además de un gran malestar personal.

La presencia de sintomatología inespecífica es habitual y, generalmente, los pacientes se manifiestan ansiosos, deprimidos, obsesivos y tratan de capitalizar la atención hacia sus síntomas. No obstante, ni hay asociación segura con desordenes psicológicos específicos, ni ha sido posible identificar un perfil específico de personalidad de estos pacientes a excepción de valores más altos en neuroticismo (Drossman, Mckee, Sandler, Mitchell, Cramer, Lowman y Burger, 1988; Craig y Brouwn, 1984). Una característica, que sí es común y distintiva de estos pacientes respecto de otros con alteraciones orgánicas digestivas, es un patrón de comportamiento llamado *"conducta aprendida de enfermedad crónica"* (Whitehead, Winget, Fedoravicius, Wooley y Blackwell, 1982) y que sugiere el papel que el aprendizaje social podría tener en la etiología de este desorden. Latimer (1983) comparó sin encontrar diferencias los patrones motores y eléctricos de la actividad intestinal entre individuos diagnosticados de IBS y sujetos asintomáticos pero con el mismo perfil de personalidad neurótico. Basándose en las investigaciones sobre la predisposición genética al neuroticismo, defiende que mientras las repuestas intestinales (comunes, por lo demás, entre los individuos neuróticos) pueden ser respuestas inaprendidas, el resto de las manifestaciones de enfermedad (específicas) son aprendidas y pueden explicarse por procesos de modelado y reforzamiento (ver Pérez y Fernández, 1991).

Las intervenciones conductuales en el IBS se han centrado, de un lado, en el entrenamiento en el manejo del estrés habida cuenta del conocido empeoramiento de los síntomas en situaciones de tensión emocional y en una posible mayor respuesta intestinal de estos pacientes. Son numerosos los trabajos publicados que constatan la superioridad de los programas de modificación de conducta (por lo general, multicomponentes que emplean relajación, biofeedback y afrontamiento de situaciones) sobre el tratamiento médico y placebos para reducir la clínica característica y mantener los logros en seguimientos de varios años (Blanchard, Schwarz, Suls, Gerardi, Scharff, Greene, Taylor, Berreman y Malamood, 1992; Guthrie, Creed, Dawson y Tomenson, 1991; Schwarz, Taylor, Scharff y Blanchard, 1991; Smith, Greenbaum, Vancouver, Henry, Reinhart, Greenbaum, Dean y Mayle, 1990; Lynch y Zamble, 1989; Neff y Blanchard, 1987). De otro lado y de acuerdo con el carácter operante de las manifestaciones, el manejo de contingencias se presenta como otra alternativa de tratamiento que, si bien, es más difícil de practicar parece particularmente beneficiosa para un grupo de pacientes que no mejoran con tratamientos médicos (González Rato, García Vega y Fernández Rodríguez, 1992; Fernández Rodríguez, 1989, 1990; Latimer, 1981, 1983). Conocida la utilidad de ambos planteamientos terapéuticos, la cuestión que se plantea es la efectividad diferencial de cada uno y, en su caso, si existen parámetros clínicos y/o comportamentales predictores de la evolución clínica de los pacientes. En estudios

previos (Fernández, Pérez, Amigo y Linares, 1997; Fernández, Linares y Pérez, 1992) constatamos que condiciones como la ansiedad, los acontecimientos desencadenantes de síntomas, el repertorio de conductas de enfermedad, la atención social recibida y el tipo de tratamiento aplicado mostraban un claro valor predictivo (como, por otra parte, cabría esperar de acuerdo con las peculiaridades antes reseñadas).

A raíz de los resultados obtenidos, se plantean aquí las siguientes cuestiones. Una, la idoneidad de los pacientes (atendiendo al carácter respondiente u operante de la sintomatología) para ser entrenados en manejo de estrés y en manejo de contingencias de acuerdo con las especificaciones del modelo conductual del IBS y de la modificación de conducta. Dos, la utilidad diferencial de los tratamientos conductuales. Tres, la efectividad de ambos tratamientos conductuales respecto al tratamiento médico convencional y un grupo de tratamiento inespecífico (o placebo) para reducir las manifestaciones características y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO

Muestra

Un total de 40 sujetos constituyeron la muestra de estudio. Formaron parte de la investigación pacientes diagnosticados de IBS en la consulta del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes de Gijón y del Ambulatorio Central de Oviedo (Asturias). En todos los casos, la evaluación diagnóstica incluyó: historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio de rutina y colonoscopia. Los pacientes que aceptaron participar en el estudio se incorporaron consecutivamente hasta completar el número establecido para cada condición de tratamiento (Tabla 1.). Sólo se excluyeron aquellos que no podían cumplimentar las pruebas y registros psicológicos a consecuencia de su bajo nivel cultural (N=3) y quienes no desearon participar en la investigación (N=1).

Tabla 1.- Distribución de la muestra.

	M. Conting.	M. Estrés	Médico	Placebo
Idóneos M. Contingencia	5	5	5	5
Idóneos M. Estrés	5	5	5	5

En la muestra estudiada la incidencia del sector femenino supera siete veces al masculino, sobrepasando la razón de dos mujeres por varón encontrada en la mayoría de las investigaciones. Por lo que respecta a la edad, la muestra parece representativa de la población con IBS tal y como se describe en la literatura epidemiológica. La edad media se sitúa en 48.1±10.1 años, mostrando un rango de edad entre los 25 y 68 años. La mayor parte de la muestra está casada (72.5%), cursó estudios elementales (67,5%), son principalmente amas de casa (45%) y, al menos la mitad, reconoce haber recibido tratamiento psiquiátrico antes de acudir en esta ocasión a la consulta de gastroenterología. La antigüedad media del IBS entre los pacientes es de 8.55±5.73 años, oscilando entre 1 y 20 años, siendo similar la media de antigüedad para cada grupo de tratamiento. Por lo que respecta al número de visitas que realizan los pacientes al gastroenterólogo en el último año se observa una frecuencia media de dos ocasiones, mientras que los ingresos por urgencias son escasos con una media anual de 0.45.

Terapeutas

Los gastroenterólogos participaron en el estudio en la selección de la muestra y como evaluadores ciegos en el postratamiento y seguimiento anual de los pacientes.

La aplicación de todas las condiciones experimentales corrió a cargo de una única psicóloga con experiencia clínica.

Materiales

Entrevista biográfica semiestructurada. Diseñada para recoger información relativa a aspectos demográficos, clínicos y posibles desencadenantes y/o reforzadores del conjunto sintomático. De acuerdo al esquema de entrevista conductual (A-B-C) se indagan las respuestas de los pacientes y personas relevantes ante situaciones estresantes de la vida diaria (ocio, pareja, trabajo), las conductas de enfermedad mantenidas por contingencias de reforzamiento (idas al baño, etc) y en ambos casos su potencial relación con los síntomas clínicos definitorios de este trastorno. Empleada en la valoración del carácter operante o respondiente de las manifestaciones del IBS.

Autorregistro diario de síntomas. Empleado para medir la frecuencia e intensidad diaria de la sintomatología característica y para detectar las principales situaciones problemáticas que pudieran estar en relación con el aumento, disminución o mantenimiento de síntomas. A partir de la primera entrevista y una vez entrenados en el procedimiento de registro, se solicitó a todos los pacientes que cada día, a lo largo del tratamiento, anotasen sus síntomas y describiesen las situaciones en las que ocurrían (qué actividad se realizaba, quién estaba presente, cuál era su estado de ánimo, qué pensaba en ese momento y qué hacía para aliviar el malestar). Los

síntomas digestivos registrados fueron: dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, dispepsia e inflazón. La severidad de los síntomas se registró de acuerdo a la siguiente escala: 0=nada, 1=poco, 2=bastante, y 3=mucho.

Se calculó para cada paciente el promedio de cada síntoma y del total de síntomas digestivos durante la Línea Base y cada una de las semanas de tratamiento. De manera que, a partir de los valores medios de cada paciente se calculó igualmente el promedio de la sintomatología en cada grupo de tratamiento en los mismos momentos.

Autorregistros específicos. En cada condición de tratamiento la terapeuta contó con registros de conducta específicos que se empleaban en la aplicación del programa conforme a los objetivos y procedimiento establecidos y para conocer el grado de cumplimiento del paciente. Para un mayor detalle de los materiales descritos se puede consultar el trabajo de González Rato (1996).

Procedimiento

Una vez que el gastroenterólogo establecía y/o confirmaba el diagnóstico de IBS de un paciente y éste aceptaba participar en el estudio, la psicóloga concertaba una entrevista con cada sujeto que se desarrollaba conforme a los objetivos y esquema antes descritos. En la misma sesión se entrenaba al paciente a cumplimentar correctamente el autorregistro de síntomas (que se establecía para un periodo de 15 días que se tomarían como Línea Base pre-tratamiento) y se le proporcionaba información acerca de la naturaleza funcional de la enfermedad. A partir de estos datos se realizaba el análisis funcional de las manifestaciones del IBS para cada paciente y se definía el carácter respondiente u operante de dichas manifestaciones y, en consecuencia, la potencial idoneidad del paciente para ser tratado mediante un entrenamiento en manejo de estrés o en manejo de contingencias. Valorada la potencial idoneidad de cada paciente se distribuía al azar a cada una de las condiciones de tratamiento, con la única restricción de asegurar que en cada grupo experimental o de contraste existiese igual número de pacientes potencialmente idóneos para cada una de las condiciones experimentales (ver Tabla 1.).

Tratamientos

La aplicación de las condiciones de tratamiento comprendió seis sesiones individuales de periodicidad semanal, aproximadamente de 40 minutos de duración (excepto para el grupo control *"tratamiento médico"* que se desarrolló conforme al proceder médico convencional) y específicas para cada grupo de tratamiento:

Grupo Control Tratamiento Médico. Los pacientes asignados a este grupo no se sometieron a un programa de visitas semanales sino que se dejaron a las vicisitudes convencionales tras la prescripción del tratamiento médico. Se les facilitó autorregistros de síntomas para cumplimentar en casa durante 6 semanas, las mis-

mas que durarían el resto de los tratamientos, y se les informó que se les citaría al cabo de ese tiempo para realizar una revisión médica.

Grupo Control Placebo. Mediante este tratamiento se intentó proporcionar a los pacientes atención activa pero irrelevante respecto a la mejoría del conjunto sintomático. Se pretendió en todo momento garantizar la credibilidad de la intervención y reforzar las medidas autosanadoras de cada paciente. A los sujetos se les informaba que su problema intestinal estaba relacionado con una alteración en la motilidad intestinal y que mediante la utilización de un aparato de biofeedback podrían aprender a controlar el ritmo intestinal desincronizado. Ello requería el entrenamiento en consulta y la practica diaria en casa aunque ya sin el aparato de biofeedback. Se utilizó un "Tenso-Stop" con calibradores elásticos en forma de anillo que se colocaba en la yema del dedo. El sujeto no veía la aguja del aparato, por lo cual no sabía si estaba consiguiendo provocar cambios, su única información sobre el efecto de su actuación era la palabra del terapeuta, quién aleatoriamente le decía en unas ocasiones: *"lo está haciendo muy bién, continue así"*, *"está consiguiendo controlar la motilidad intestinal"*, mientras que otras veces le solicitaba: *"intente concentrarse más, para que le salga bien"*. Se le reforzaba verbalmente y de manera aleatoria a su ejecución, insistiendo en que se concentrara en sus sensaciones. En ningún caso, se entrenó al paciente en técnicas de relajación. Al final de cada sesión, se le solicitaba que practicase en casa como lo hacía en la consulta y registrase (a todos los sujetos se les entregaba un mismo protocolo de registro) anotando el control que percibía haber conseguido. Por lo demás, al inicio de cada sesión el terapeuta comentaba con el paciente los autorregistros prestando atención a las mejoras y/o estrategias sanadoras que empleaba el propio paciente (distraerse, evitar situaciones, etc.).

Grupo Experimental Manejo de Estrés. El objetivo de esta condición fue proporcionar al paciente técnicas efectivas para amortiguar los efectos fisiológicos del estrés y la tensión, y modificar sus habilidades de afrontamiento de las situaciones provocadoras. Los pacientes fueron entrenados en todas las sesiones de tratamiento en relajación muscular progresiva según el programa descrito por Bernstein y Borkovec (1983). Se comenzaba entrenando 16 grupos de músculos y se iban reduciendo progresivamente hasta 4. Se solicitó siempre la práctica diaria en casa y el registro de los logros conseguidos (conforme a un protocolo establecido para todos los pacientes). El entrenamiento en manejo de estrés se llevó a cabo según al procedimiento descrito por Meichenbaum (1987). Los pacientes eran instruidos acerca de la relación entre las circunstancias de la vida y la exacerbación de su sintomatología. Se estableció con cada paciente una jerarquía de situaciones estresantes que primero se afrontaba en imaginación y después en vivo. Se adiestró también a todos los pacientes en autoinstrucciones, resolución de problemas y a utilizar sus respuestas desadaptadas como señal para iniciar estrategias de afrontamiento exitosas con la situación real. La terapeuta, como requiere cualquier inter-

vención conductual, se sirvió de autorregistros semanales para la aplicación del programa conforme a las exigencias particulares pero respetando siempre los objetivos y el procedimiento convenido (González Rato, 1996).

Grupo Experimental Manejo de Contingencias. El objetivo de esta modalidad de terapia fue enseñar al paciente y, opcionalmente y siempre que era posible, a otras personas relevantes en su vida cotidiana (familiares, amigos), a poner en práctica conductas más adaptadas ante los síntomas del SII y las situaciones que los agravaban y, alternativamente, a extinguir conductas inadecuadas (p.e. aislamiento, dependencia, delegación, sobreprotección) del paciente y/o de otros ante tales síntomas. El instrumento básico para la aplicación del tratamiento fue el *"contrato de contingencias"* elaborado según la especificaciones de O'Banion y Whaley (1981). El programa se aplicó siguiendo un plan de tratamiento establecido (González Rato, 1996). En cada sesión, se convenía por escrito un contrato para incrementar la frecuencia de comportamientos saludables y/o suplantar las conductas más disruptivas. El paciente y los familiares (bajo la supervisión de la terapeuta atenta al cumplimiento de todas las especificaciones técnicas) establecían las contingencias a las que se someterían las conductas objetivo y los procedimientos de observación y registro. La terapeuta se sirvió de los autorregistros semanales de síntomas y de las conductas establecidas en los contratos de contingencias (específicos para esta condición) para la aplicación del programa conforme a las exigencias particulares aunque respetando siempre los objetivos y el procedimiento convenido.

Post-tratamiento y seguimiento.

Una vez que el paciente concluía el programa de tratamiento, un gastroenterólogo que desconocía la asignación experimental de los sujetos de la muestra, examinaba al paciente y valoraba su estado clínico conforme a la siguiente escala: asintomático (no presenta síntomas), mejoría (la frecuencia e intensidad de todos los síntomas es <50% respecto a la LB) , sin cambios (no modificaciones apreciables en la frecuencia e intensidad de todos los síntomas), empeoramiento (la frecuencia e intensidad de dos o más síntomas es >50% respecto a la LB). También solicitaba su opinión sobre el tratamiento.

Los registros de síntomas de la última sesión de tratamiento se consideraron la medida post-tratamiento. Al cabo de un año de finalizada la intervención cada paciente fue citado por el gastroenterólogo para cumplimentar nuevamente el mismo protocolo médico.

Análisis de datos

Se analizan la evolución de los parámetros clínicos y comportamentales característicos del IBS en los momentos de Línea Base, Post-tratamiento y Seguimiento.

Síntomas Digestivos: A partir de los datos recogidos en los autorregistros de los pacientes se realizó un MANOVA de diseño factorial mixto, para analizar la interacción entre idoneidad y tratamiento en el post-tratamiento, considerando tanto la frecuencia de cada uno de los síntomas digestivos aislados como el valor promedio del total de los síntomas. Se comparan las medias pre y post-tratamiento para el global de la sintomatología y para cada síntoma, estimándose su significación a través del estadístico t de student.

A partir de la valoración médica, se comparan (Chi cuadrado) los cambios clínicamente significativos en cada grupo respecto al post-tratamiento y seguimiento.

Parámetros conductuales: Se compara (Chi cuadrado) la situación inter e intra grupo de la incidencia de siguientes condiciones antes y después del tratamiento: desencadenantes de síntomas, ansiedad, conductas de enfermedad y atención social.

RESULTADOS

Síntomas Digestivos

Análisis de la interacción tratamiento- idoneidad para el promedio de la sintomatología.

Al analizar la interacción entre el tratamiento y la idoneidad para el promedio global de la sintomatología digestiva ($F(3)=2.04$) se obtuvo un nivel de significación del $p<0.1$. Como consecuencia se realizó el análisis de efectos simples que alcanzó significación estadística para el tratamiento en manejo de estrés ($F(1)=4.8$; $p<0.05$). Para el promedio global digestivo también se mostró significativo el tipo de tratamiento ($F(3)=2.7$; $p<0.05$), por lo que al observar las medias ajustadas se constataron más elevadas las pertenecientes a la intervención médica (13.1), mientras que en el tratamiento manejo de contingencias, manejo de estrés y placebo puntuaron más bajas, (8.2, 7.6 y 8) respectivamente.

Análisis de la interacción tratamiento - idoneidad para cada síntoma.

Dolor. Se obtuvo significación estadística ($F(3)=2.76$; $p<0.06$) en la interacción entre tratamiento e idoneidad, tomando conjuntamente todas las sesiones de intervención. Las diferencias en la interacción comenzaron a aproximarse a la significación a partir de la 3ª sesión ($p<0.06$), mostrando un efecto diferencial importante en el tratamiento placebo a favor de los idóneos de manejo de estrés sobre los de manejo de contingencias ($p<0.001$) y resultando significativa la interacción después de la 4ª sesión de intervención ($p<0.002$). Las intervenciones experimentales (M. Contingencias-Idóneos de M. Contingencias y M. Estrés-Idóneos de M. Es-

trés) confirman como se observa en el Gráfico 1 el comportamiento esperado en la hipótesis de trabajo.

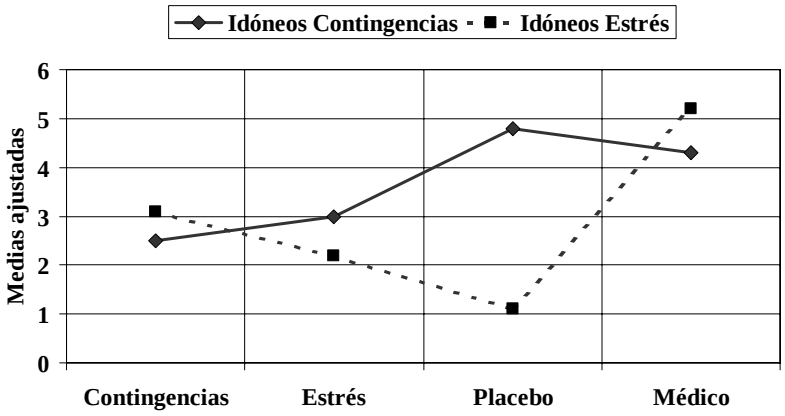
Diarrea. Para este síntoma no se obtuvo significación estadística en la interacción. Sin embargo, como se constata en el Gráfico 2 sí se alcanzan diferencias en idoneidad ($F(1)=4.3$; $p<0.05$), indicando que mejoran más los sujetos idóneos de manejo en estrés que los idóneos de manejo de contingencias.

Estreñimiento. La interacción no alcanzó la significación como se puede observar en el Gráfico 3, pero el análisis de efectos principales indica una mejoría significativamente superior ($F(3)=2.9$; $p<0.07$) a favor de los tratamientos placebo, manejo de estrés y manejo de contingencias, respecto al médico.

Inflazón. La interacción entre idoneidad y el tipo de tratamiento fue significativa ($F(3)=2.2$; $p<0.05$) como se refleja en el Gráfico 4. A partir de la 2ª sesión se mostró el efecto diferencial para los sujetos de manejo de contingencias-idóneos de manejo de contingencias y para los idóneos de manejo de estrés intervenidos con placebo ($p<0.05$). Se observan las medias ajustadas más bajas en M. Contingencias-Idóneos de M.Contingencias, M. Estrés-Idóneos de M. Estrés y Placebo-Idóneos de M. Estrés, en línea con lo esperado.

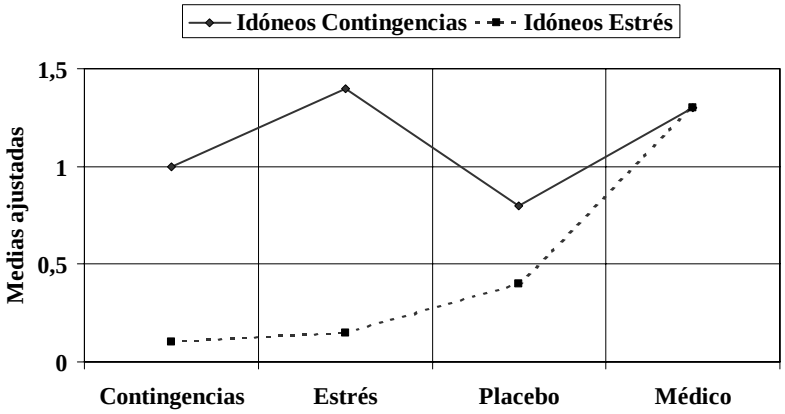
Dispepsia. No se hallan diferencias significativas en la interacción (Gráfico 5), pero sí se observan las medias ajustadas más bajas en dirección con el supuesto básico de este estudio, aunque un poco atenuado, en los grupos M. Contingencias-Idóneos de M. Contingencias, M. Estrés-Idóneos de M. Estrés y Placebo-Idóneos de M. Estrés, destacando el empeoramiento de los sujetos asignados al tratamiento médico.

Gráfico 1.- Dolor. Frecuencia post-tratamiento.



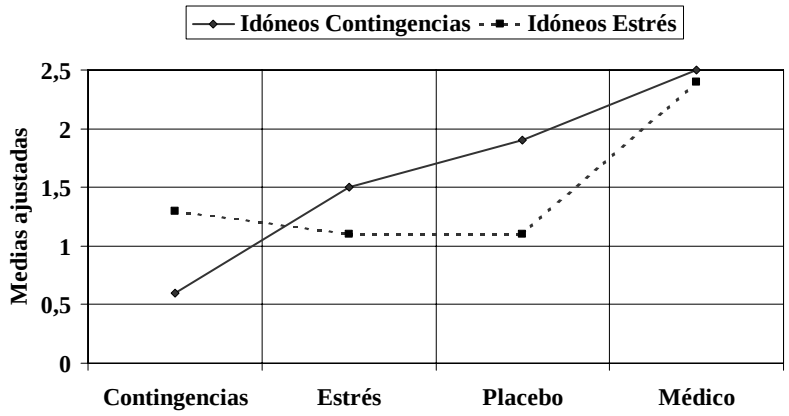
Autorregistro del paciente.
Interacción $p<0.06$

Gráfico 2.- Diarrea. Frecuencia post-tratamiento.



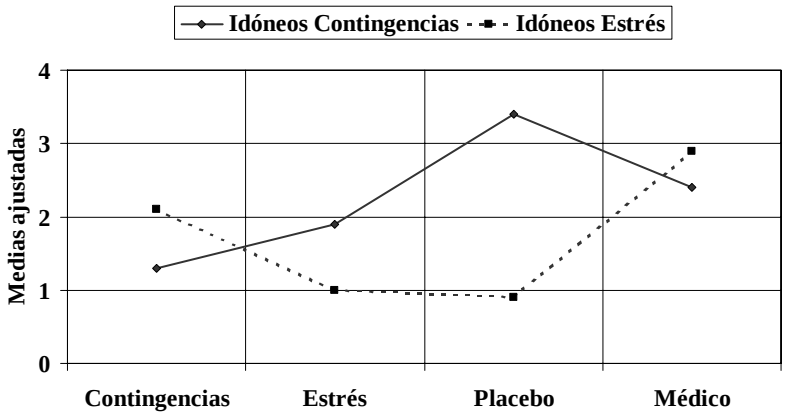
Autorregistro del paciente.
Interacción N.S.
Idoneidad $p<0.05$

Gráfico 3.- Estreñimiento. Frecuencia post-tratamiento.



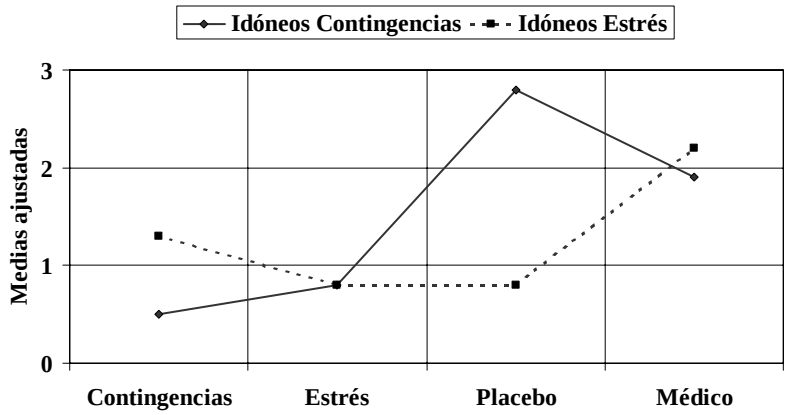
Autorregistro del paciente.
Interacción N.S.
Diferencia Tratamiento $p<0.1$

Gráfico 4.- Inflazón. Frecuencia post-tratamiento.



Autorregistro del paciente.
Interacción $p<0.05$

Gráfico 5.- Dispepsia. Frecuencia post-tratamiento.



Autorregistro del paciente.
Interacción N.S.

Promedio global de los síntomas digestivos.

La Tabla 2 muestra la media global de la frecuencia de síntomas digestivos antes y después de la intervención, señalando las diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos.

Tabla 2.- Autorregistro del Paciente.
Media global de frecuencia de síntomas digestivos.

	Pretratamiento		Post-tratamiento			
	X	SD	X	SD	t	P
C.C.	13.09	4.00	6.20	6.10	3.64	0.05
C.E.	11.50	6.70	6.70	8.40	3.27	0.05
E.C.	17.00	1.50	11.30	6.00	1.45	NS
E.E.	10.00	2.06	3.00	4.00	3.30	0.05
P.C	16.18	4.30	17.60	9.00	0.18	NS
P.E.	13.80	4.40	4.70	5.60	3.06	0.05
M.C.	15.30	7.00	13.80	9.90	0.73	NS
M.E.	14.20	6.30	15.00	8.40	0.69	NS

C.C.: Contingencias-Contingencias; C.E.: Contingencias-Estrés; E.C.:Estrés-Contingencias; E.E.: Estrés-Estrés; P.C.: Placebo-Contingencias; P.E.: Placebo-Estrés; M.C.: Médico-Contingencias; M.E.: Médico-Estrés

Los grupos que lograron una reducción significativa estadísticamente ($p<0.05$) en la sintomatología digestiva fueron los idóneos (Manejo de Contingencias-Idóneos de M. Contingencias, y Manejo de Estrés-Idóneos de M. Estrés) y aquellos sujetos idóneos de manejo de estrés tratados con manejo de contingencias o con placebo. Por el contrario, los grupos potencialmente no idóneos no se mostraron efectivos, a excepción del grupo M. Contingencias-Idóneo M. Estrés, y Placebo-Idóneo M. Estrés, lo que parece indicar que los sujetos idóneos de manejo de estrés mejoran incluso con los tratamientos supuestamente no indicados.

Frecuencia de los síntomas digestivos

Los valores de la frecuencia del dolor, estreñimiento e inflazón alcanzaron reducciones significativas del pretratamiento al post-tratamiento en los dos grupos idóneos: Manejo de Contingencias-Idóneos de M. Contingencias, y Manejo de Estrés-Idóneos de M. Estrés. La dispepsia sólo disminuiría en el grupo Manejo de Contingencias-Idóneos de M. Contingencias y la diarrea en el grupo Manejo de Estrés-Idóneos de M. Estrés (ver Tabla 3).

Los sujetos idóneos de manejo de estrés intervenidos con manejo de contingencias redujeron de modo significativo el dolor y estreñimiento, mientras que los sujetos idóneos de manejo de contingencias no tratados con la terapéutica específica no disminuyeron significativamente ningún síntoma.

El placebo aplicado a los sujetos idóneos de entrenamiento en estrés supuso reducciones significativas estadísticamente en el dolor e inflazón. No se observaron disminuciones significativas de los síntomas cuando se aplicó a los sujetos idóneos de entrenamiento en contingencias.

Se observa por un lado, que los sujetos idóneos de entrenamiento en manejo de estrés disminuyeron mayor número de síntomas que los sujetos idóneos de entrenamiento en manejo de contingencias cuando fueron intervenidos con la terapéutica supuestamente no idónea o con el placebo. Y por otra parte, se constata el dolor como el síntoma que máxima reducción presentó en la mayoría de los tratamientos, aunque es también cierto que es el que con mayor frecuencia afecta a la muestra.

Tabla 3.- Autorregistro del paciente. Frecuencia digestiva.

	DOLOR						DIARREA						ESTREÑIMIENTO					
	Pretrat		Post-trat				Pretrat		Post-trat				Pretrat		Post-trat			
	X	SD	X	SD	t	P	X	SD	X	SD	t	P	X	SD	X	SD	t	P
C.C.	3.2	1.6	1.6	2.3	2.06	0.1	0.8	1.3	0.8	1.7	1.63	NS	2.4	3.2	0.6	0.8	0.08	0.1
C.E.	3.7	1.7	2.5	2.6	2.10	0.1	1.7	3.5	0.2	1.0	0.69	NS	2.2	2.6	1.2	1.8	0.77	0.1
E.C.	6.3	0.5	4.0	2.0	0.79	NS	0.8	1.7	1.2	2.6	0.27	NS	2.6	2.5	1.6	1.5	0.64	NS
E.E.	2.6	2.0	1.0	1.2	2.11	0.1	2.4	2.3	0.8	0.8	2.21	0.1	1.2	0.8	0.4	0.8	2.14	0.1
P.C	6.3	1.1	5.6	1.5	0.60	NS	1.0	2.0	0.7	1.5	0.21	NS	4.6	4.0	3.3	3.5	0.43	NS
P.E.	5.2	2.0	1.5	1.7	2.92	0.05	0.5	1.0	0.0	0.0	1.71	NS	1.5	3.0	0.5	1.0	1.15	NS
M.C.	5.4	1.3	4.8	1.9	0.68	NS	1.0	2.2	1.2	2.6	0.12	NS	2.6	1.8	2.6	2.4	0.05	NS
M.E.	5.5	1.2	5.7	1.8	0.30	NS	1.0	1.1	1.2	1.5	0.12	NS	2.4	2.6	2.4	2.8	0.12	NS

	DISPEPSIA						INFLAZÓN					
	Pretrat		Post-trat				Pretrat		Post-trat			
	X	SD	X	SD	t	P	X	SD	X	SD	t	P
C.C.	2.4	3.0	1.0	1.7	1.89	0.1	3.8	3.4	2.2	2.2	1.46	0.1
C.E.	1.0	1.7	0.8	1.7	0.27	NS	1.7	2.2	1.5	2.3	0.80	NS
E.C.	2.4	3.3	1.2	2.1	0.83	NS	2.3	4.0	1.6	2.8	0.23	NS
E.E.	1.6	2.0	0.6	1.3	1.06	NS	1.6	1.5	0.2	0.4	2.07	0.1
P.C	1.0	1.7	2.3	4.0	0.53	NS	3.5	3.0	4.0	2.9	0.36	NS
P.E.	2.4	2.5	1.2	2.1	0.95	NS	3.2	2.7	1.2	1.8	2.18	0.1
M.C.	2.2	3.0	2.2	3.0	0.09	NS	3.4	2.7	3.0	3.6	0.32	NS
M.E.	1.5	1.9	2.0	2.8	0.21	NS	2.2	3.0	2.4	3.2	0.05	NS

C.C.: Contingencias-Contingencias; C.E.: Contingencias-Estrés; E.C.:Estrés-Contingencias; E.E.: Estrés-Estrés; P.C.: Placebo-Contingencias; P.E.: Placebo-Estrés; M.C.: Médico-Contingencias; M.E.: Médico-Estrés

Evolución médica post-tratamiento.

En la Tabla 4 se recoge la situación clínica de los pacientes en el post-tratamiento.

Tabla 4.- Porcentajes de evolución post-tratamiento y seguimiento.

		Contingencias		Estrés		Placebo		Médico	
Tratamiento Idóneos		**Conting**	**Estrés**	**Conting**	**Estrés**	**Conting**	**Estrés**	**Conting**	**Estrés**
Post-tratamiento	**Asintomático**	20	25	0	20	0	25	0	0
	Mejora	60	50	33	0	33	50	20	25
	No mejora	0	0	0	0	33	0	20	25
	Sin cambio	20	25	33	20	33	25	40	50
Seguimiento	**Asintomático**	20	25	0	40	0	25	0	0
	Mejora	40	25	33	20	0	25	20	20
	No mejora	0	25	0	0	33	0	20	20
	Sin cambio	40	25	66	40	66	50	20	50

En el grupo M. Contigencias-Idóneo M. Contigencias tres sujetos redujeron la sintomatología, uno permanecía asintomático y sólo un sujeto mantenía el mismo

estado sintomático que en el pretratamiento. Resultados similares se obtuvieron en el grupo M. Contingencias-Idóneo M. Estrés, el grupo M. Estrés-Idóneo M. Estres, y en el grupo Placebo-Idóneo Estrés. En el resto de los grupos sólo se observaron reducciones de la sintomatología en 1/3 o 1/4 parte de los sujetos. También se han encontrado que los sujetos idóneos de manejo en estrés intervenidos con manejo de contigencias o con placebo redujeron la sintomatología en el post-tratamiento. Sin embargo, para los sujetos idóneos de manejo de contingencias sólo se mostró efectivo el tratamiento que se predecía idóneo.

Evolución médica seguimiento.

Al año de concluir la intervención los pacientes fueron nuevamente evaluados por el gastroenterólogo. Son los grupos M. Contingencias-Idóneos M. Contingencias y M. Estrés-Idóneos M. Estrés los que muestran una la misma situación clínica que en el postratamiento. En el resto de los grupos se obtuvieron resultados ligeramente diferentes entre los pacientes idóneos de manejo de estrés tratados con manejo de contingencias o con placebo mantienen la reducción post-tratamiento 2 de 4. En los grupos médicos y en el grupo de entrenamiento con estrés para los idóneos de contingencias, solamente disminuye la sintomatología un sujeto en cada uno de ellos (ver Tabla 4).

Parámetros comportamentales

Desencadenantes. Los sujetos idóneos de recibir entrenamiento en manejo de estrés se caracterizaron, obviamente, por la existencia de condiciones desencadenantes de la sintomatología en tanto que éste fue un criterio de selección. Entre los más comunes cabe destacar los siguientes: conflictos familiares (25%), conflictos con la administración del tiempo (25%) y alimentos o situaciones asociadas a la ingesta (sin justificación clínica) (20%).

Para el total de la muestra idónea de recibir entrenamiento en manejo de estrés no se encontraron diferencias significativas estadísticamente en el porcentaje de desencadenantes en el pretratamiento. En cuanto a la incidencia de este parámetro en el post-tratamiento cabe destacar que entre los sujetos que mejoraron disminuyó la ocurrencia de condiciones desencadenantes, no así entre los no mejorados. Tomados en conjunto, se redujeron significativamente: conflictos familiares, problemas de ingesta y cancerofobia ($p<0.01$) y problemas de administración del tiempo y problemas de trabajo ($p<0.1$).

Atendiendo a cada grupo de tratamiento, se observó que en el post-tratamiento disminuyó la presencia de algunas condiciones desencadenantes de un modo estadísticamente significativo ($p<0.05$) en los tres grupos idóneos de manejo de estrés tratados con manejo de estrés (en problemas en la administración del tiempo, cancerofobia e ingesta), con manejo de contigencias (en cancerofobia) o con placebo (en problemas de administración del tiempo y cancerofobia).

Ansiedad. Se observaron manifestaciones de ansiedad como desencadenantes de la sintomatología en el 32,5% de la muestra. En un 42,5% de los sujetos se constató la presencia de ansiedad no relacionada directamente con el cuadro sintomático. Para la muestra total, no se hallaron diferencias entre los pacientes que mejoraron y quienes no lo hicieron en relación a la presencia en el pretratamiento de ansiedad cuando no actúa como elicitante de los síntomas. Sin embargo, la ausencia de ansiedad en el post-tratamiento se asoció a mejor evolución de la sintomatología ($p<0.002$).

La ansiedad cuando actúa como desencadenante de la sintomatología apareció asociada a mejoría clínica entre los sujetos idóneos de entrenamiento en manejo de estrés tratados con manejo de estrés. Esta condición afecta en el pretratamiento a todos los pacientes que evolucionaron favorablemente en el post-tratamiento ($p<0.1$). Por lo demás, pudo constatarse que los pacientes tratados con manejo de estrés sean idóneos de entrenamiento en manejo de estrés o en contingencias, e independientemente de su grado de mejoría en el post-tratamiento, eliminaron la ansiedad como desencadenante, objetivo para el que fue diseñado este tratamiento, no sucediendo así en el resto de los grupos de estudio. Por lo que cabe considerar que esta intervención no sólo fue efectiva sino también específica.

Conductas de enfermedad. Las conductas aprendidas de enfermedad son una característica diferencial de los pacientes con IBS y que, al menos en lo que concierna a la muestra de estudio, parecen tener un valor predictivo sobre la evolución clínica. Así, mientras que en el pretratamiente no hubo diferencias significativas en la presencia de este parámetro sobre el total de la muestra, la presencia en el post-tratamiento de cuatro o más conductas de enfermedad parece relacionarse con pronóstico desfavorable ($p<0.05$). Alternativamente, la ausencia en el post-tratamiento de conductas de dolor, quejas y pérdida de reforzadores, se asocia a mejoría a un nivel de significación del $p<0.001$, la significación es del $p<0.05$ cuando la inhibición motora y la evitación de situaciones no están presentes al finalizar el tratamiento y del $p<0.1$ cuando se trata de la delegación del trabajo.

En relación con la posible naturaleza operante de las manifestaciones de IBS y, en particular, de las conductas aprendidas de enfermedad cabría esperar que el entrenamiento en manejo de contingencias resolviese estos comportamientos disfuncionales con el consiguiente beneficio clínico. Se observó que entre los sujetos que recibieron un entrenamiento en manejo de contingencias, independientemente de su potencial idoneidad, aquellos que no evolucionaron favorablemente mantenían en el post-tratamiento conductas de enfermedad (a pesar de ser éste precisamente el objetivo de la intervención). Mientras que ninguno de los sujetos que mejoraron mantenía en el post-tratamiento conductas de enfermedad. Fueron los pacientes idóneos de beneficiarse de un entrenamiento en manejo de contingencias quienes menos conductas de enfermedad presentaban en el post-tratamiento cuando recibieron la terapéutica específica.

Atención Social. Debe destacarse que si bien la atención social asociada directamente con el mantenimiento del trastorno caracteriza a la mitad de la muestra, como es obvio, la potencialmente idónea de beneficiarse de un entrenamiento en manejo de contingencias, este parámetro afecta a un 67.5% de la muestra total. Se pone de manifiesto que aunque el análisis funcional del IBS en cada paciente destaque un carácter prioritariamente operante o respondiente de las manifestaciones, ello no implica exclusividad ni tendría porqué ser así.

La atención social previa a la intervención no es un parámetro que haya podido relacionarse con la evolución clínica. Por el contrario, recibir atención social en el post-tratamiento sí se relaciona directamente con una mala evolución clínica ($p<0.005$). En particular, entre los sujetos idóneos de entrenamiento en manejo de contingencias, todos los no mejorados recibían al final del tratamiento atención ante sus conductas de enfermedad, no ocurriendo así entre los que evolucionaron favorablemente. Fueron, como cabía esperar, los sujetos que recibieron un entrenamiento en manejo de contingencias quienes más eliminaron la atención social en el post-tratamiento aunque no fue posible (a pesar de ser éste el objetivo de la intervención) en todos los casos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos confirman la eficacia y especificidad de las intervenciones conductuales que se plantean y diseñan conforme al carácter aprendido del Síndrome de Intestino Irritable. La muestra de este estudio fue asignada a cuatro grupos terapéuticos: entrenamiento en manejo de estrés, entrenamiento en manejo de contingencias, tratamiento médico convencional y tratamiento placebo. A su vez, cada uno de ellos se subdividió en dos grupos dependiendo de la supuesta idoneidad de los pacientes para beneficiarse de un entrenamiento en manejo de estrés o de un entrenamiento en manejo de contingencias, según que el conjunto sintomático característico del IBS se caracterizase como respondiente u operante. Se establecieron a priori las características de la muestra al efecto de indagar la especificidad de los tratamientos comportamentales, habida cuenta que la efectividad de los mismos ya ha sido corroborada en distintas investigaciones controladas que, a su vez, suponen un apoyo al modelo conductual del IBS. Este diseño si bien justificado, o tal vez precisamente por ello, podría cuestionarse por el potencial perjuicio que se estaría infringiendo a aquellos pacientes que aunque potencialmente idóneos de recibir una terapéutica recibiesen la alternativa. En cualquier caso, asumir estas consideraciones sin probarlas sería tanto como reconocer que no es honrado administrar el tratamiento médico convencional a todos los paciente con IBS pues son muchos los estudios que muestran su debilidad para resolver

definitivamente la sintomatología. Por otra parte, nuestros trabajos previos (Fernández Rodríguez y cols., 1993, 1997) parecen indicar que el tratamiento en manejo de contingencias parece también útil para pacientes que potencialmente se beneficiarían de un entrenamiento en manejo de estrés, con lo cual la desigualdad previa de los pacientes tampoco parecería clara. Por último el tratamiento placebo, es un hecho, que a pesar de no ser específico para la problemática en cuestión es eficaz para reducir la sintomatología de cierto número de pacientes. Por todo lo cual, no se puede afirmar que la asignación a un grupo u otro suponga perjuicio para los sujetos.

La efectividad post-tratamiento y seguimiento de ambos tratamientos conductuales sugiere (sin perder de vista que el número reducido de sujetos de este estudio compromete la generalización de los resultados) la presencia de características comportamentales diferenciales que, efectivamente, hacen adecuado un tratamiento en manejo de estrés o en manejo de contingencias. Así y como se sugería, la presencia de conductas de enfermedad y atención social hace especialmente recomendable la aplicación de un tratamiento en manejo de contingencias, al no mostrarse exitosa ninguna otra terapéutica para eliminar estas condiciones. Y especialmente, porque la presencia de conductas de enfermedad parece mostrar un claro valor predictivo de la evolución clínica. No sólo la disminución o la eliminación de ambos parámetros conllevó siempre mejoría clínica, sino que en los casos en que no se logró modificar dichas conductas (aún cuando fuera esta la finalidad del tratamiento) tampoco se produjeron reducciones en los síntomas digestivos. Además, la presencia de conductas de enfermedad entre los pacientes cuya sintomatología era directamente provocada por acontecimientos específicos (es decir, idóneos de manejo de estrés) se relacionó siempre con una peor evolución clínica. En relación con este asunto, el tratamiento en manejo de contingencias (aún cuando no era su propósito) se mostró también útil para reducir los desencadentes entre los pacientes idóneos de manejo de estrés, lo que cabría explicar porque el manejo de contingencias implicaba la puesta en práctica de conductas alternativas a las situaciones de ansiedad.

Por su parte, la efectividad del tratamiento en manejo de estrés debe ponerse en relación con su especificidad para resolver la naturaleza respondiente de las manifestaciones sintomáticas de IBS en algunos sujetos. Así, cuando se aplicó entre los sujetos idóneos de manejo de contingencias no consiguió resolver ninguna de las manifestaciones sintomáticas. Por otra parte, este tratamiento fue el único que logró reducir la ansiedad en todos los casos en los que concurría e independientemente de la potencial idóneidad de los pacientes. Debe destacarse que también cuando la ansiedad actuaba como desencadenante de la sintomatología (y el paciente no presentaba un repertorio consolidado de conductas de enfermedad) esta condición se relacionó siempre con mejoría clínica a corto y largo plazo. Fueron

este tipo de pacientes quienes mejor evolucionaron con cualquier terapéutica, excepto la médica convencional.

En relación a los síntomas digestivos y con los datos de que se dispone no se puede concluir que ninguno de ellos muestre un valor predictor de la evolución clínica.

La efectividad del tratamiento placebo para reducir las manifestaciones digestivas puede igualmente ponerse en relación con las características de los sujetos. De hecho, el placebo se mostró eficaz en el post-tratamiento para tres de los cinco sujetos idóneos de manejo de estrés, y sólo para un sujeto idóneo de manejo de contingencias. Atendiendo al seguimiento, no fue efectivo para los idóneos de contingencias pero sí para dos de los idóneos de manejo de estrés. Ninguno de estos pacientes que evolucionó favorablemente presentaba conductas de enfermedad ni recibía atención social ante los síntomas. La exclusiva efectividad del placebo para los sujetos idóneos de estrés y que carecían además de un comportamiento consolidado de enfermo crónico quizás pueda explicarse (como así se indica en los registros del paciente) en la medida que esta intervención propició el que los sujetos empleasen sus propios recursos para reducir la activación fisiológica y exponerse a las condiciones desencadenantes, con la consiguiente eliminación de las respuestas de evitación y el debilitamiento de posibles condicionamientos. Cabe también plantearse que aunque esta intervención se definió como placebo en tanto que se considera inespecífica, desde el plano conductual no es en modo alguno "inespecífica" en cuanto que al facilitar la exposición del sujeto a las condiciones que mantienen el problema (y siempre que el individuo disponga de repertorios eficaces o se propicie su aprendizaje) se estaría disponiendo (intencionadamente o no) de una de las condiciones que mejor puede explicar la efectividad de cualquier psicoterapia. No se escaparían a este análisis diversas alternativas medicinales (no específicas) que van acompañadas de rituales autosanadores.

Para finalizar, insistir en la rentabilidad de esta línea de investigación en la que parece justificada la asignación de los pacientes de IBS a un tipo específico de tratamiento psicológico en función de determinados parámetros comportamentales. El desarrollo y utilización de un protocolo de evaluación fiable que pudiese incorporar el gastroenterólogo en su proceder diagnóstico y sobre el cual establecer las pautas terapéuticas, aun cuando implicase la remisión de muchos pacientes hacia un tratamiento psicológico, redundaría, sin duda alguna, en una reducción en los elevados costes sanitarios (pruebas diagnósticas, ocupación de consultas, fármacos) y sociales (pérdidas de horas de trabajo) que entrañan las enfermedades funcionales digestivas dada su alta incidencia. Por otra parte, la no resolución de las molestias digestivas lleva a un porcentaje elevado de pacientes a peregrinar por diversos servicios médicos que, en buena medida, están contribuyendo a la cronificación del problema en tanto que se están reforzando comportamientos aprendidos de enfermo crónico asociados claramente a peor evolución clínica.

REFERENCIAS

Bernstein DA y Borkovek T. *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB, 1983.

Blanchard EB, Schwarz SP, Suls JM, Gerardi MA, Scharff L, Greene B, Taylor AE, Berreman CH y Malamood H. Two controlled evaluations of multicomponent psychológical treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther*, 1992, 30(2): 175-189.

Craig TK y Brown GW. Goal frustration and life events in the aetiology of painfull gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res*, 1984; 28: 411-421.

Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jensen P y Whitehead WE. Identification of subgroups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 1990; 3: 159-172

Drossman DA, Mckee DC, Sandler RS, Mitchell M, Cramer E, Lowman B y Burger A. Psychosocial Factors in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 1988; 95: 701-708.

Fernández Rodríguez C. Tratamiento psicológico en el síndrome de intestino irritable. *Psicothema*, 1989, 1: 71-85.

Fernández Rodríguez C, Linares Rodríguez A y Pérez Alvarez M. Tratamiento psicológico del S.I.I.: parámetros conductuales de mejoría clínica. *Cuadernos de medicina Psicosomática*, 1992, 21: 24-34

Fernández Rodríguez C. Pérez Alvarez M, Amigo Vázquez I y Linares Rodríguez M. Stress Manegement and Contingencies Management in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Stress Medicine*, 1997 (in press).

González Rato MC. Variables conductuales y mejora de la calidad de vida en el Síndrome del Intestino Irritable [Tesis Doctoral no publicada]. Universidad de Oviedo, 1996.

González Rato MC, García Vega E y Fernández Rodríguez C. Intervención conductual en el síndrome de intestino irritable: dos estudios de caso. *Psicothema*, 1992, 4(2):513-1530.

Guthrie E, Creed F, Dawson D y Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 1991, 100: 450-457.

Harvey RF, Salih SY y Read AE. Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. *Lancet*, 1983, 1: 632-634.

Latimer PR. Irritable bowel syndrome: A behavioral model. *Behav Res Ther*, 1981, 19: 475-483.

Latimer PR. *Functional gastrointestinal disorders. A Behavioral Medicine Approach*. Nueva York: Springer, 1983.

Lynch PM y Zamble E. A controlled behavioral treatment study of Towards positive diagnosis of irritable bowel syndrome. *Behav Ther*, 1989, 20: 509-523.

Meichenbaum D. *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.

Neff DF y Blanchard EB. A multi-component for irritable bowel syndrome. *Behav Ther*, 19987, 18: 70-83.

O'Banion DR y Whaley DL. *Behavior Contracting*. Nueva York: Springer, 1981.

Pérez Alvarez M y Fernández Rodríguez C. Psicología del Síndrome del Intestino Irritable. *Medicina Clínica*, 1991, 96, 15:590-595.

Schwarz SP, Taylor AE, Scharff L y Blanchard EB. A four-year follow-up of behaviourally treated irritable bowel syndrome patients. *Behav Res Ther*, 1991; 28: 331-338.

Smith RC, Greenbaum DS, Vancouver JB, Henry RC, Reinhart MA, Greenbaum RB, Dean HA y Mayle JE. Psychosocial factors are associated with healt care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 1990; 98: 293-301

Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ, Wiltgen C y Zinsmeister AR. A patient questionaire to identify bowel disease. *Ann Intern Med*, 1989, 111, 8:671-674

Welch GW, Hillman LC y Pomare EW. Psychoneurotic symptomatology in the irritable bowel syndrome: a study of reporters and non-reporters. *Br Med J*, 1985; 291: 1382-1384.

Whitehead WE, Winget C, Fedoravicius AS, Wooley S y Blackwell B. Learned illness behaviour in patiens with irritable bowel syndrome and pectic ulcer. *Dig Dis Sci*, 1982; 27: 202-207.

Nota:
Este trabajo ha sido parcialmente financiado por una beca DGICYT (PS94/0146)

Correspondencia:
Profa. Concepción Fernández
Universidad de Oviedo.

Dpto. de Psicología
Plaza Feijóo s/n. Oviedo.
Telf. 98 510 32 49
e-mail frconcha@sci.cpd.uniovi.es