

ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS EN UN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. CASO ÚNICO

STRESS INOCULATION TRAINING IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME

VÍCTOR M. SÁNCHEZ MORAL, MARÍA ISABEL COMECHE, BLANCA MAS HESSE

Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología. UNED

Recibido 18-10-01

Aceptado 03-12-01

Resumen

Presentamos aquí una muestra de la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de trastornos psicósomáticos.

El paciente, estudiante de veintiún años, presentaba una activación fisiológica excesiva que le llevaba a ir al baño con cierta urgencia y frecuencia. Unido a esto, se daba un miedo notable a llamar la atención al ir al aseo e, incluso, a no llegar a tiempo. Estaba faltando a clases y renunciando a salir con amigos, de viaje, etc., con el consiguiente deterioro de su vida académica y social. Asimismo, llevaba dos años en tratamiento farmacológico.

Además de los síntomas del Síndrome de Intestino Irritable, se detectaron problemas de ansiedad situacional y social y desánimo.

Realizamos un Entrenamiento en Inoculación de Estrés con los objetivos: (1) mejorar afrontamiento situacional, (2) reducir activación fisiológica y (3) controlar conductas anticipatorias en la evacuación; todos ellos alcanzados.

Resultados que se mantenían tras un seguimiento de nueve meses.

Palabras clave: Síndrome de Intestino Irritable, Psicósomático, Entrenamiento en Inoculación de Estrés, Afrontamiento, Generalización.

Abstract

In this paper an example of the psychotherapy efficacy in the treatment of psychosomatic disorders is exposed.

The patient, a twenty-one aged student, showed an excessive physiological arousal that made him go to the bathroom urgently and frequently. In addition, he was really afraid of calling the others' attention or even not arriving in time. He failed to attend to class, to go out with friends, etc., what was breaking his academic, social life. Furthermore, he had been under pharmacological treatment for two years.

Besides the Irritable Bowel Syndrome, situational, social anxiety and low mood were found.

Stress Inoculation Training was carried out to reach the following aims: (1) to improve situational coping, (2) to reduce physiological arousal, and (3) to control anticipatory behaviours in the evacuation; all of them reached.

These results were maintained after a nine month follow up.

Key Words: Irritable Bowel Syndrome, Psychosomatic, Stress Inoculation training, Coping, generalization.

Introducción

«El “Síndrome de Intestino Irritable” (SII) puede considerarse un trastorno funcional digestivo y clínicamente consiste en una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos recurrentes que aparecen sin causas estructurales metabólicas o infecciosas identificables.» (Corney y Stanton, 1990; Moreno-Romo, Botella y Bixquert, 1996). Esta definición, aparentemente imprecisa, nos parece más que conveniente para introducirnos en el estudio de un trastorno inespecífico, esto es, cuyos síntomas podrían darse en otras diversas enfermedades y que por tanto nos hace pensar que estamos ante un trastorno psicósomático y no orgánico propiamente dicho (ver Cuadro 1). De hecho, son muchos los autores que han encontrado importantes correlaciones entre la sintomatología del SII y factores psicológicos y sociales (Whitehead y Schuster, 1985; Corney y Stanton, 1990; Moreno-Romo y cols., 1996). Parece pues, que los pacientes con SII tienden a desarrollar una serie de conductas relacionadas con sus síntomas en los diversos sistemas de respuesta, no sólo el fisiológico sino, por supuesto, el cognitivo y también el motor (Drossman, 1994; Dalton y Drossman, 1998; Fowlie, Esatwood y Ford, 1992).

Sintomatología recurrente o continuada durante al menos 3 meses:

1. Dolor abdominal que mejora con la defecación o se asocia a cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones.
2. Alteraciones en la defecación, al menos en un 25% de las veces, de 2 o más de los siguientes síntomas:
 - a) alteración en la frecuencia de las deposiciones,
 - b) alteración en la consistencia (dura, pastosa/líquida),
 - c) alteración en la evacuación (con dificultad, sensación de evacuación incompleta),
 - c) distensión abdominal.

La evaluación también incluye un examen médico que pueda descartar otras alteraciones del intestino (pruebas de laboratorio, estudios de imagen, etc.).

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para el Síndrome de Intestino Irritable (Drossman y cols, 1994).

Los programas terapéuticos aplicados en este tipo de trastornos habrán de ser, por lo tanto, multimodales. Así, se han utilizado paquetes de configuración heterogénea formados por una combinación de técnicas procedentes de los enfoques de diversos autores como Ellis (1962), Susen (1978) y Whitehead y Schuster (1985). Nosotros hemos aplicado un plan de tratamiento basado en el programa conocido como «Entrenamiento en Inoculación de Estrés» (EIE) que Meichenbaum estructuró en 1985 sobre una concepción terapéutica que él mismo presentara junto con Cameron ya en 1972, en el que de una manera más o menos secuencial (ver Cuadro 2) se va avanzando con los pacientes en la mejora de la comprensión de sus vivencias y el afrontamiento de las situaciones estresantes, así como de su sintomatología y esquemas mentales y emocionales. Se trata de un método de demostrada eficacia clínica en problemas gastrointestinales (Bennett y Wilkinson, 1985; Lynch y Zamble, 1989), como es el caso de SII que nos ocupa y que pasamos a exponer.

ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Secuencia del Programa:

1. Fase de Conceptualización.
2. Adquisición de Habilidades y fase de ensayo.
3. Fase de Aplicaciones y Consolidación.

Cuadro 2. Estructura de un programa de Entrenamiento en Inoculación de Estrés (Meichenbaum, 1985)

Método

Sujeto, motivo de consulta e historia del problema

El cliente es un varón de 21 años, soltero, estudiante universitario. Llega a nuestra consulta con una alta preocupación por la activación fisiológica que tiene en situaciones como estar en clase, viajar en autobús y otras que referimos más adelante como resultados de la evaluación, que le lleva a tener que ir al cuarto de baño con relativa urgencia para evacuar. Tiene miedo de

no llegar a tiempo, así como de llamar la atención al levantarse y salir para ir al WC. Esto le está llevando a faltar a clases y a renunciar a salir con los amigos, etc., con la consiguiente preocupación por el deterioro de su actividad académica y social.

Él procura aguantar, aunque no mucho, pues a medida que pasa el tiempo se le hace más irresistible y cuando va suele tener diarrea. Ahora bien, una vez que va al WC suele tener que volver cada 15 minutos, pues lo habitual es que aunque defaque siga persistiendo la sensación de tener más ganas. Y siempre cuando va a salir de su casa, va antes al baño como mínimo un par de veces y, en ocasiones, estando ya en la calle se da la vuelta y regresa para volver al WC.

Refiere que cuando se pone nervioso (por ejemplo, tomando apuntes en clase) empieza a sentir taquicardia, sudor, falta de aire y molestias gástricas (gases, ruidos intestinales), que terminan en la necesidad de evacuar perentoriamente. Tiene miedo de que esto le pase en situaciones o lugares donde no disponga de aseos o del tiempo suficiente para ir, lo que le lleva a diario a una rumiación anticipatoria de estas situaciones de riesgo y a no ir a ningún sitio antes de asegurarse de lo que va a tardar y de si va a poder tener acceso a un WC.

En cuanto a la historia y evolución del problema, nos cuenta que ya desde pequeño tenía la costumbre de ir al baño antes de salir de casa, para no tener que hacerlo fuera, y recuerda que «siempre» tenían que esperarle y le echaban «bronquillas» y le llamaban «cagón» y cosas así, sus padres y también sus hermanos. Esto, sin embargo, no recordaba que le hubiera causado mayor problema. Fue un día, estando en clase, hace un par de años cuando empezó a sentirse nervioso y tuvo que salir corriendo al baño. Pasó mucha vergüenza y no se atrevió a regresar al aula. En adelante, empezó a sentir mucha ansiedad antes de entrar en esa clase en concreto y empezó a evitarla. Poco a poco fue sintiendo lo mismo antes de entrar en el resto de las clases y finalmente generalizó el miedo a otras situaciones en las que, o no tuviese un WC cerca, o el hecho de ir tuviese que ser «llamando la aten-

ción». Y así fue temiendo y evitando ir al cine, ir en autobús, etc.

Al cabo de unos meses del primer incidente en clase decidió contar el problema en su casa. Fue al médico, quien le dijo que lo suyo era psicológico y le mandó al Psiquiatra y éste le prescribió Sertralina (antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina, ISRS), 200 mg repartidos en dos tomas al día, medicación que seguía tomando en el momento de llegar a nuestra consulta, dos años después.

Sin embargo, lejos de solucionarse, la cuestión se fue agravando con repercusiones como llegar a dejar los estudios, dejar de viajar y no salir con los amigos si va a desplazarse más allá de donde le daría tiempo a ir a su casa rápidamente, que llegó a ser el único sitio donde era capaz de hacer sus necesidades. Todo ello, además, le ha llevado a un importante deterioro de su autoestima, no sólo por haber tenido que renunciar a muchos de sus objetivos e ilusiones, sino también por tener la sensación de «quedar mal por hacer a los demás tener que esperarle, etc.», con la consiguiente mella en su estado de ánimo. El peor momento fue hace un año, cuando llegó a dejar los estudios. No obstante, en la actualidad ha vuelto a matricularse en varias asignaturas. Decisión ésta que tomó a la vez que la de venir a psicoterapia.

Evaluación

Instrumentos

Además de la Entrevista de Evaluación, realizada a lo largo de las tres primeras sesiones, se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Cuestionario sintomático SCL-90 R (Derogatis, 1983).
- Hojas de Auto-registro (AO/AR) confeccionadas ex profeso para la elaboración de un Análisis Funcional del problema/s.

Estos mismos instrumentos fueron los utilizados para valorar los progresos a lo largo del tratamiento (ver Cuadro 5).

Problemas detectados

En el apartado anterior presentábamos el caso describiendo las características de la/s conducta/s problema/s, así como sus principales determinantes. Pasamos aquí a enumerar sucintamente los problemas detectados y que fueron objeto de tratamiento:

- *Ansiedad situacional* (en clase, autobuses, etc. y siempre que no hubiese un WC

cerca), con componentes de *ansiedad social* y *miedo anticipatorio*, lo que lo lleva a *conductas de evitación* de lugares, actividades y personas.

- *Conductas comprobatorias* en exceso (relacionadas con la evacuación).
- *Desánimo*.

Los Cuadros 3 y 4 muestran con más detalle la descripción topográfica y funcional del problema/s respectivamente.

DESCRIPCIÓN TOPOGRÁFICA DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS

ANSIEDAD SITUACIONAL CON COMPONENTES DE ANSIEDAD SOCIAL:

SITUACIONES:

- Antes de entrar y en clase, autobuses, etc.; y siempre que no hubiese un WC cerca.
- Antes de salir de casa.
- Pensar en ir a ...

CONDUCTAS PROBLEMA:

- Alta activación fisiológica intestinal: flatulencia y sensación de ganas de evacuar.
- Miedo a no llegar a tiempo al WC, así como vergüenza por llamar la atención al salir.
- Pensamientos anticipatorios de los problemas arriba citados.
- Evitación y también escape de las situaciones.

CONDUCTAS COMPROBATORIAS:

- Volverse a su casa al poco de salir para ir al WC.
- Asegurarse de que va a haber y de qué tipo es el WC de donde vaya a tener que ir.
- Ir al WC por si acaso.

DESÁNIMO:

- Pensamientos de indefensión.
- Pensamientos de ineficacia.

ALGUNOS PARÁMETROS

	<u>Intensidad</u>	<u>Duración</u>	<u>Frecuencia</u>
Pensamientos:	8 sobre 10	Permanente	Diaria
C. Comprobatorias:	-	-	2 o más veces

Cuadro 3.- Análisis Topográfico de la/s conducta/s problema/s.

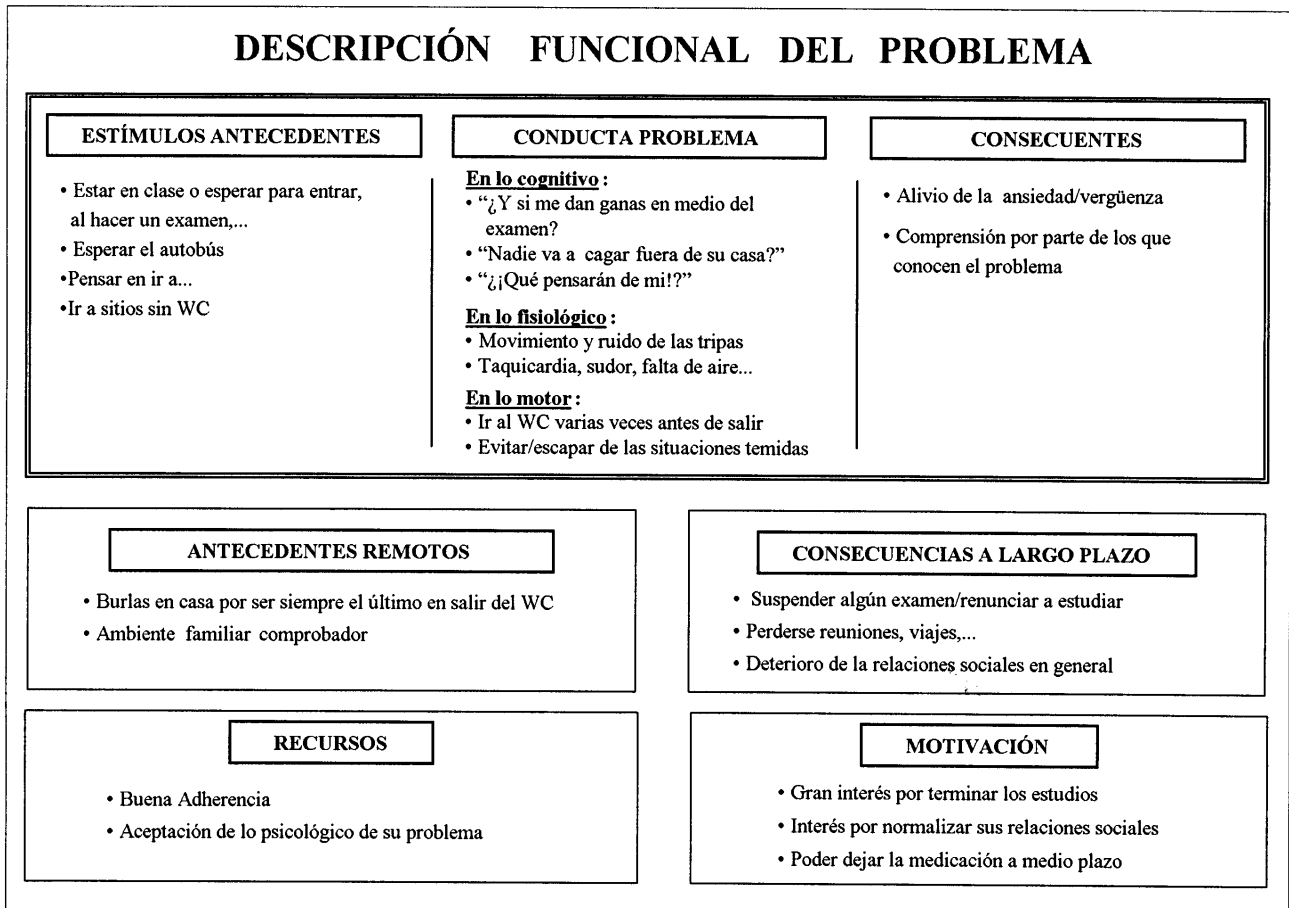
Motivación y Recursos del cliente

La *motivación* era considerablemente buena. El cliente esperaba encontrar soluciones al problema, pues quería poder estudiar una carrera sin tener que estar faltando a clase, etc.

Además, vivía en las afueras lo que le hacía tener que desplazarse en autobús a diario y esto lo presentó como otro de los principales motivos para querer solucionarlo. Otros incentivos importantes eran la expectativa de poder dejar la medicación a medio plazo y recuperar una cierta normalidad en sus relaciones.

En lo que se refiere a *recursos*, hemos podido contar con una buena disposición a partir del convencimiento del cliente de lo psicológico de su problema, lo que al final redundó en una excelente adherencia al tratamiento. También

hay que decir que el cliente ya había puesto en marcha algunas estrategias para abordar el problema, unas más adecuadas que otras, pero que nos sirvieron como punto de partida en el trabajo con los recursos de afrontamiento.



Cuadro 4.- Análisis Funcional de la/s conducta/s problema/s.

Decisión terapéutica

Objetivos

Tras la evaluación se acordaron con el cliente los siguientes objetivos:

- Mejorar el afrontamiento de las situaciones problemáticas.
- Reducir la activación fisiológica ante las mismas.
- Controlar las conductas anticipatorias en la evacuación.

- Reducir y, si fuera posible, retirar la medicación (en colaboración con su psiquiatra de referencia).

Estrategias de intervención

Se planteó el caso como un trastorno psicosomático propiciado por un defectuoso afrontamiento de determinadas situaciones sociales, sobre la base de un inadecuado aprendizaje en la conducta de evacuación. Según esto, se propuso al cliente un Programa de Tratamiento

consistente en un **Entrenamiento en Inoculación de Estrés** (EIE).

Procedimiento

El diseño de la intervención se realizó sobre la estructura tipo de un EIE (ver Cuadro 2) y se dividió en las siguientes fases o apartados (que obviamente se solapan en múltiples aspectos y ocasiones): (1) instrucción sobre el problema y reconceptualización; (2) adquisición y entrenamiento de habilidades, que podríamos descomponer a su vez en tres, (2.1) manejo de ansiedad: entrenamiento en respiración/relajación, (2.2) reestructuración cognitiva y de estilos de afrontamiento y (2.3) trabajo en imaginación y ensayo cognitivo-conductual; y (3) exposición graduada y prevención de recaídas. El EIE se completó con biblioterapia en diferentes momentos del proceso.

El tratamiento se llevó a cabo a lo largo de 19 sesiones (incluidas las de evaluación), las 12 primeras con periodicidad semanal, otras 6 quincenales y una más al cabo de un mes. La duración total fue de 7 meses. En la Tabla 1 podemos ver como se distribuyó el trabajo terapéutico. Vemos a continuación el desarrollo de las diferentes fases del programa.

La fase de **reconceptualización** del estrés parte ya desde la primera sesión de evaluación en la que además de algunas explicaciones sobre los pros y contras de algunas de las estrategias actuales del cliente se le enseña observación y valoración de las situaciones (primaria) y de sus recursos (secundaria) y de su actuación. Se le instruye, además, para su mejor comprensión en conceptos como adquisición y mantenimiento de un problema, los componentes de la ansiedad y sus manifestaciones, entre otros. Esta fase se extiende básicamente a lo largo de las 6 o 7 primeras sesiones. No obstante, el enfoque psicoeducativo está presente todo a lo largo del tratamiento. Como complemento se le proporcionó la lectura del libro «El estrés: nuevas técnicas para su control» (Labrador, 1996).

Ya desde recién iniciada la fase anterior se ponen secuencialmente a disposición del cliente

estrategias de afrontamiento alternativo y se le proponen tareas para su asimilación. Estamos en la segunda parte del EIE, la de **adquisición y entrenamiento de habilidades**. Una vez ha comprendido lo básico y se ha iniciado en el manejo de algunos recursos (lo que facilita la confianza y la cooperación), se le plantea la estructuración de esta parte del programa con la construcción de una Jerarquía de Situaciones Estresantes (JES), lo que posibilitará más adelante la aplicación de las nuevas estrategias de afrontamiento en una exposición graduada y lo que es casi más importante, servirá para que el cliente autoevalúe sus progresos.

Al mismo tiempo, se van entrenando patrones de afrontamiento para los diversos aspectos de las conductas problema. Así, para lo fisiológico se enseñó *respiración tranquilizante y relajación pasiva*, trabajo que se apoyó con una cinta grabada ex profeso con *visualizaciones* guiadas para la relajación vegetativa. Para mejorar los aspectos cognitivos se empleó el *debate socrático/empírico* y se hizo *reestructuración* de diversas creencias irracionales (sobre autoimagen y evaluación ajena y sobre la evacuación intestinal), así como de algunas actitudes disfuncionales (dependencias perfeccionistas y otras exigencias). Asimismo se potenció el uso de *autoinstrucciones* centradas en la tarea y autorreforzantes. Y para las cuestiones más propiamente comportamentales se trabajó la *Prevención de Respuesta* (para comprobaciones intestinales y también, al principio, para no exponerse antes de tiempo y no dar lugar a pensamientos anticipatorios), la *Asertividad* (para ser capaz de decir «voy al baño» por ejemplo, sin sufrir vergüenza) y la *Prueba de Realidad* (autoobservaciones y autorregistros para comprobar avances y rechazar temores) como principales técnicas. Se realizaron *ensayos en imaginación* y «*role playing*» en diversas ocasiones para preparar las exposiciones *in vivo*. En esta fase y también en la siguiente, buena parte del trabajo giró alrededor del equilibrio emocional como factor de peso para un buen afrontamiento y como meta en sí mismo. También este período se complementó con Biblioterapia y el cliente trabajó con algunos capítulos del libro «Técnicas de autocontrol emocional» (Davis, McKay y Eshelman, 1988).

SESIÓN	TRABAJO REALIZADO DURANTE LA SESIÓN	TAREAS PARA REALIZAR ENTRE SESIONES
1	- Recogida de datos - 1ª Entrevista de Evaluación - Algunas explicaciones sobre su Afrontamiento actual	- Auto-observación (AO)
2	- Revisión del período inter-sesiones - 2ª Entrevista de Evaluación - Explicaciones sobre el problema a partir del Análisis Funcional - Planteamiento de Objetivos	- Auto-registro (AO/AR), tipo ABC - SCL – 90 R. Cumplimentar
3	- Revisión del período inter-sesiones - 3ª Entrevista de Evaluación y recogida de SCL - Plan de Tratamiento: Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE)	- Auto-registro (AO/AR), tipo ABC - Ir al Psiquiatra y llevar una carta nuestra
4	- Revisión del período inter-sesiones - Reestructuración cognitiva (sobre autoimagen) - Entrenamiento en Respiración Abdominal y Abdominal + Torácica	- Practicar Respiración Abdominal (2 veces/día)
5	- Revisión del período inter-sesiones - Psicoeducación (curvas de ansiedad) - Introducción a la Prevención de Respuesta	- Practicar Respiración Relajante - Practicar Prevención Respuesta y AO
6	- Revisión del período inter-sesiones - Reestructuración cognitiva (creencias erróneas sobre la evacuación) - Introducción a la construcción de la Jerarquía de Situaciones Estresantes (JES) - Planificación de la exposición in vivo a situaciones de baja ansiedad	- Completar Jerarquía (JES) - Practicar estrategias de Afrontamiento: - Respiración - Prevención de Respuestas - Pensamiento racional - AO/AR de la Exposición
7	- Revisión del período inter-sesiones - Trabajo con AO/AR y con Jerarquía JES - Reestructuración cognitiva (errores y autoexigencias) - Lista de Pensamientos de Afrontamiento - Biblioterapia (manejo de estrés) e indicaciones para Navidad	- Practicar estrategias de Afrontamiento - AO/AR con ABC detallado sobre dos situaciones de la Jerarquía (intermedia y alta ansiedad) - Leer biblioterapia
8	- Revisión período inter-sesiones de Navidad - Reajuste de Jerarquía JES - Introducción al ensayo cognitivo-conductual - Entrenamiento en Relajación	- Practicar Relajación - Practicar estrategias de Afrontamiento
9	- Revisión del período inter-sesiones - Reevaluación (previa a revisión psiquiátrica) - Preparación Afrontamiento para exámenes - Entrenamiento Breve en Respiración	- Ir Revisión Psiquiátrica - Practicar estrategias de Afrontamiento
10	- Revisión del período inter-sesiones - Valoración bajada de dosis de la Sertralina - Ensayo conductual (emergencia fisiológica durante un examen) - Entrenamiento en Respiración	- Practicar estrategias de Afrontamiento - AO/AR sintomatología tras bajada dosis medicación
11	- Revisión del período inter-sesiones - Sesión de Refuerzo por Exposición exitosa y otros logros - Trabajo cognitivo: Afrontamiento situaciones límite	- Practicar estrategias de Afrontamiento - SCL - 90 R. Cumplimentar - Rehacer Jerarquía (JES)
12	- Revisión del período inter-sesiones - Psicoeducación: Generalización de Estrategias - Preparación Afrontamiento Situación de alta ansiedad	- Practicar estrategias de Afrontamiento - Exposición in vivo a situación preparada
13 Periodicidad Quincenal	- Revisión del período inter-sesiones - SCL: Corrección y comparación con anterior - Psicoeducación (aclaraciones pedidas por el cliente) - Ensayo para optimización Afrontamiento - Entrenamiento en Relajación (grabación cinta)	- Practicar estrategias de Afrontamiento - Exposición a discreción a las situaciones de 7 o menos SUDS de la Jerarquía JES - Practicar Relajación con cinta y hacer AO/AR
14	- Revisión del período inter-sesiones - Ensayo Situación alta ansiedad - Reestructuración Cognitiva: La evaluación ajena	- Practicar estrategias de Afrontamiento - Exposición a situación más de 7 SUDS
15	- Revisión del período inter-sesiones - Exposición: Aclaraciones y Refuerzo - Reestructuración Cognitiva (aprender de los errores) - Biblioterapia (sobre perfeccionismo)	- Practicar estrategias de Afrontamiento - Practicar Relajación con cinta - Exposición situaciones >7 SUDS. ↑ frecuencia - Leer biblioterapia
16	- Revisión del período inter-sesiones - Exposición: Aclaraciones y Refuerzo - Jerarquía JES. Reajuste - Planificación Afrontamiento Vacaciones Semana Santa	- Practicar estrategias de Afrontamiento - Practicar Relajación con cinta - Exposición a discreción a situaciones de toda la Escala JES
17	- Revisión del período inter-sesiones - Psicoeducación: Repaso general Recursos Afrontamiento - Planificación Recta Final de la Terapia	- Practicar estrategias de Afrontamiento - Exposición a discreción a situaciones de toda la Escala JES
18	- Revisión del período inter-sesiones - Generalización nuevo estilo Afrontamiento a la vida en general - Valoración Autoeficacia Percibida	- Practicar estrategias de Afrontamiento
19 ALTA	- Revisión del período inter-sesiones - Sesión enfocada a Mantenimiento de Logros y Prevención de Recaídas (incluida Biblioterapia) - Ensayo de Situación muy estresante e inesperada	- Practicar estrategias de Afrontamiento - Revisión Psiquiátrica. Llevar Informe nuestro - Leer biblioterapia
20	- Seguimiento. Entrevista de Reevaluación - SCL – 90 R - Lectura recomendada: Entrenamiento Asertivo	

Tabla 1.- Desglose de la intervención por sesiones.

La fase de **aplicación** también tiene su arranque desde muy pronto en el EIE, pues se le propone al cliente que ensaye por su cuenta las nuevas formas de afrontamiento en situaciones de baja ansiedad. En cualquier caso, es a partir de la sesión 12 cuando se inicia el abordaje de las que están más arriba en la escala JES. Previamente, se había efectuado, con motivo de una revisión psiquiátrica, una reevaluación del caso (SCL-90 R incluido), lo que había puesto de manifiesto los progresos del cliente, por lo que se decidió alargar el período inter-sesiones a 15 días. Aprovechamos para decir aquí que la coordinación entre psicólogo y psiquiatra fue en este caso muy provechosa y a nuestros avances se añadió la reducción de la dosis de Sertralina a la mitad.

El resto del tratamiento consistió en ir optimizando el afrontamiento de las situaciones que antes temía y evitaba el cliente hasta llegar a la normalización. Esto se consiguió con un proceso de *generalización* de los recursos, basado, una vez más, en la Psicoeducación, el Ensayo y algo fundamental para este fin, una actitud cada vez más optimista del cliente, lo que propició unos progresos espontáneos a partir de una buena puesta en práctica de la auto-observación y demás recursos. La biblioterapia para apoyar el trabajo terapéutico a la hora de efectuar exposiciones *in vivo* consistió en la lectura «¡Atrévase a quedar en término medio! Alternativa para superar el perfeccionismo» (Burns, 1990). Y la última sesión se enfocó al *mantenimiento de logros y prevención de recaídas* con un ejercicio de manejo de una hipotética situación inesperada de alto estrés.

Finalmente, se realizó una sesión más de **seguimiento** a los 3 meses de haber sido dado de alta, en la que además de una reevaluación (SCL 90 - R incluido), se llevó a cabo otro ejercicio de mantenimiento de logros y prevención de recaídas.

Resultados

Se consiguieron todos los objetivos planteados para superar las conductas problema, así como el de la retirada absoluta de la medicación, además de aumentar la percepción de competencia, con consecuencias de generalización del nuevo estilo de afrontamiento a múltiples situaciones. Veámoslo por orden.

En cuanto al **primer objetivo**, «Mejorar el afrontamiento de situaciones problemáticas», se valoró con el cliente a partir de la Jerarquía de Situaciones Estresantes (JES) y de su percepción de capacidad de recursos. Sobre esto último una frase suya lo deja bastante claro; refiriéndose a las tareas de exposición asignadas para una de las últimas semanas dijo: «Ya no las vivo con naturalidad, ahora simplemente vivo con naturalidad, sin estar verificando cómo actúo». Y con respecto a las variaciones medidas en la escala JES, podemos resaltar que la única situación que puntuaba por encima de 5 al final, era la de estar esperando para entrar en un examen, aclarando el cliente que lo valoraba como una ansiedad que él encontraba normal y que además carecía de las molestias intestinales y temores que le trajeron a consulta. Veamos algunos ejemplos de los cambios en esta variable dependiente:

Puntuación en Ansiedad del 0 al 10

	PRE	SESIÓN 12*	SESIÓN 16
• «Saber de antemano que voy a encontrarme en un lugar,			
• en el cual no voy a poder ir al servicio en caso de urgencia»	10	7	3
• «Antes de entrar a hacer un examen»	9	8	7
• «Estar en el servicio y que entre alguien»	8.5	6	3
• «Ir al servicio fuera de casa, estando solo»	7	6	2

* Sesión de Inicio de Exposición *in vivo* sistemática.

En cuanto al **segundo objetivo**, «Reducir la activación fisiológica...», tenemos tres modos de verificación: (1) la experiencia subjetiva del cliente que ya desde 3 o 4 sesiones antes del final de la terapia venía manifestando su no-preocupación al respecto; (2) la desaparición total de problemas como la flatulencia (gases, ruidos) y la urgencia por evacuar; y (3) la variable frecuencia de visitas al WC, que al final era de una vez al día, cuando al principio eran múltiples, nunca menos de 2 (esto sólo algunos días y si no iba a ningún sitio) (ver Cuadro 3).

Sobre el **tercer objetivo**, «Controlar las conductas anticipatorias ante la evacuación», en la misma línea del punto anterior tenemos que comentar que el cliente expresaba al final su total despreocupación, esto es, desaparecieron los pensamientos y temores anticipatorios y las conductas comprobatorias (valga también aquí el punto (3) de los resultados del 2.º objetivo). Desapareció, en fin, la planificación reiterativa, cuasi obsesiva, que presentaba antes de la terapia.

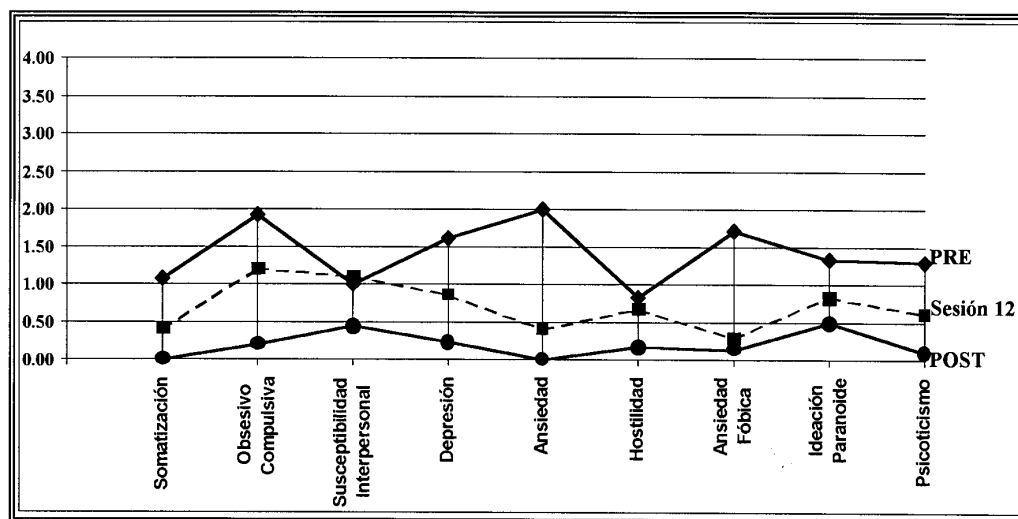
Y en lo referente al **cuarto objetivo**, «Reducir, y si fuera posible, retirar la medicación», el éxito también ha sido completo. Tras la finalización de la psicoterapia, el cliente tuvo su revisión psiquiátrica, a la que acudió con nuestro informe de alta y le fue retirada en su totalidad la prescripción de Sertralina, dándose por terminado todo tratamiento.

Por último, **otros logros** merecen ser destacados como resultado del trabajo terapéutico: un aumento importante de la confianza en sí mismo del cliente y una actitud optimista ante las nuevas situaciones que se dieron en el futuro.

Finalmente, **otras medidas** de la eficacia del tratamiento son las obtenidas con el cuestionario SCL 90 -R (Cuadro 5).

Todos estos resultados se mantenían a los tres meses en que tuvo lugar una primera sesión de seguimiento y también seis meses después, en que se realizó otro seguimiento, esta vez por teléfono, descartándose la necesidad de más sesiones presenciales.

PUNTUACIONES EN EL CUESTIONARIO SCL - 90 R



Cuadro 5.- Puntuaciones en el cuestionario SCL 90 - R a lo largo del tratamiento.

Discusión

Hemos visto un ejemplo de tratamiento desde una perspectiva multimodal, ilustrativo de lo que se puede conseguir en el área de los trastor-

nos psicossomáticos. Creemos que los buenos resultados de programas como el EIE se deben, sobre todo, a su estructuración sistemática y, a la vez, lo suficientemente flexible para adecuarse en ritmo y cometidos a las diferencias indivi-

duales. En el caso que hemos visto cabe destacar cómo, al principio, el desorden psicofisiológico cursaba con una buena dosis de desánimo. El sujeto acusaba una afectación emocional propia de estados de indefensión (Seligman, 1975). Y muy bien pudiera ser que el buen aprovechamiento final del trabajo se haya debido al aumento progresivo de la estabilidad emocional, siendo un verdadero punto de inflexión el momento en que el sujeto comienza a ver resultados y a recuperar en parte la autoconfianza, o lo que es lo mismo, a disminuir la sensación de indefensión.

A la vista de esto, hay un concepto que emerge como clave para la eficacia de este tipo de programas: el *autocontrol*. De modo que para finalizar, proponemos y nos proponemos una línea de investigación sobre el peso de variables como control y autoeficacia percibidos (Rotter, 1966; Bandura, 1977) en el curso y/o resultado de este tipo de intervenciones y en la prevalencia misma de los trastornos sobre los que nos proponemos actuar. Vaya pues este planteamiento con la idea de que un mejor entendimiento redundará en una mejor aplicación clínica.

Bibliografía

- Bandura, A. (1977). «Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioural change». *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bennett, P. y Wilkinson, S. (1985). «Comparison of psychological and medical treatment of the irritable bowel syndrome». *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 215-216.
- Burns, D. (1990). *Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones* (325-350). Barcelona: Paidós.
- Corney, R. H. y Stanton, R. (1990). «Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome». *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 169-173.
- Dalton, C.B. y Drossman, D. A. (1998). «Diagnostic and treatment of the irritable bowel syndrome». *American Family Physician*, 5 (3), 140-149.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (1988). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90 -R: Administration, Scoring and Procedures Manual- II*, (2.ª ed.). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Drossman, D. A. (1994). «Irritable bowel syndrome: The role of psychosocial factors». *Stress Medicine*, 10, 49-55.
- Drossman, D. A.; Richter, J. E., Talley, N. J.; Thompson, W. G.; Corazziari, E. y Whitehead, W. E. (1994). *Functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology and treatment* (81.ª ed.). Boston: Little Brown.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Fowle, S., Eastwood M. A. y Ford M. J. (1992). «Irritable bowel syndrome: The influence of psychological factors on the symptom complex». *Journal of Psychosomatic Research*, 2 (36), 169-173.
- Labrador, F. (1996). *El estrés: nuevas técnicas para su control* (2.ª ed.). Madrid: Temas de hoy.
- Lynch, P. M. y Zamble, E. (1989). «A controlled behavioral treatment study of irritable bowel syndrome». *Behaviour Therapy*, 20, 509-523.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Headington Hill Hall (England): Pergamon Books Ltd.
- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1972). *Stress inoculation: A skills training approach to anxiety management*. Manuscrito inédito, University of Waterloo.
- Moreno-Romo, J., Botella, C. y Bixquert, M. (1996). «Relación entre aspectos psicosociales cotidianos y sintomatología en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable». *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (81), 75-91.
- Rotter, J. B. (1966). «Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement». *Psychological Monographs*, 80, (1, Whole No. 609)
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Susen, G. R. (1978). «Conditioned relaxation in a case of ulcerative colitis». *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 283.
- Whitehead, W. E. y Schuster, M. M. (1985). *Gastrointestinal disorders*. Londres: Academic Press.