



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
Facultad de Psicología

***Eficacia de un tratamiento desde el modelo integrativo PNIE
(Psiconeuroinmunoendocrinología) en pacientes con Síndrome de intestino
irritable.***

Trabajo Final de Grado para la obtención del título de Licenciado en Psicología
Autora: Flavia Lucia Garcia Velazco

Tutor: Dr. Lisandro Heber Vales Motta
Docente Revisor: Dr. Hugo Selma Sánchez

Montevideo, Uruguay.
Julio, 2023

RESUMEN.....	3
FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES.....	4
Sintomatología y diagnóstico.....	4
Tratamiento actual.....	5
Síndrome de Intestino Irritable y psicoterapia.....	7
MARCO CONCEPTUAL.....	9
Modelo BioPsicoSocial.....	9
Psiconeuroinmunoendocrinología.....	10
Eje Intestino-Cerebro Y Estrés/Alostasis.....	11
Problema y preguntas de investigación.....	16
OBJETIVOS.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos específicos.....	17
METODOLOGÍA.....	18
Diseño, nivel y metodología.....	18
Población/ Muestra.....	18
Variables e instrumentos.....	19
Análisis de datos.....	20
Procedimiento.....	20
CRONOGRAMA.....	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
RESULTADOS ESPERADOS.....	23
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS.....	31
ANEXO 1 Cuestionario IBS-SSS.....	31
ANEXO 2. Escala Bristol.....	32
ANEXO 3.....	32
ANEXO 4.....	34
ANEXO 5.....	35

RESUMEN

El siguiente proyecto de investigación se enmarca en la defensa del título de grado para la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

Se pretende obtener información sobre la eficacia de un tratamiento basado en Psicoterapia Integrativa Psiconeuroinmunoendocrinológica (PNIE) en pacientes diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable (SII).

A pesar de las características multicomponentes de este trastorno, el tratamiento actual desde la medicina se basa en el aspecto biológico sintomático, dejando de lado los aspectos psicológicos que acompañan y comprenden el cuadro así como la interrelación ineludible de estos sistemas con el sistema inmune y endocrino. Si bien la etiopatogenia del SII no está claramente dilucidada, hay herramientas para su diagnóstico y herramientas con eficacia comprobada para el tratamiento de los síntomas.

Para ello se va a realizar una investigación cuasi-experimental con una muestra no probabilística seleccionada de usuarios del Hospital de Clínicas previamente diagnosticados con SII comprendidos en la franja etaria de 25 a 60 años de ambos sexos.

Se espera que al finalizar la investigación pueda darse cuenta de la utilidad de la PNIE aplicada a un trastorno del eje cerebro-intestino (enfermedad funcional) teniendo en cuenta la importancia de ofrecer un tratamiento eficaz que dé cuenta de la complejidad de dicho trastorno así como de abrir el campo a nuevas investigaciones sobre la temática en nuestro país.

Palabras clave: Síndrome de Intestino Irritable, Psiconeuroinmunoendocrinología, Estrés.

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Sintomatología y diagnóstico

El síndrome de intestino irritable es una enfermedad funcional con síntomas variables y de difícil diagnóstico. Su etiopatogenia es aún indeterminada aunque se sabe que hay una interacción compleja entre la susceptibilidad genética, el ambiente y el sistema inmune, además, los problemas psicológicos y el estrés juegan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad; puede decirse que es una enfermedad multifactorial (Benasayag, 2004; Drossman, 2016; Lukas, 2010; Sureda, 2012).

Los síntomas del síndrome de intestino irritable son: dolor abdominal, distensión abdominal, cambios en la motilidad que pueden ser con predominio de diarrea, predominio de estreñimiento o mixto (según el tipo de motilidad se identifica de acuerdo a la escala Bristol el subtipo predominante). También hay síntomas extra intestinales variados como son cambios en el apetito, alteraciones en el sueño, cansancio, gases y náuseas. Estos síntomas pueden variar en severidad y frecuencia según el caso de cada paciente (Alvarado et al., 2015; Drossman, 2016; Klinger y Klinger, 2001; Mearin et al., 2016).

Ritchie (1973) mediante un estudio en pacientes con SII encontró la presencia de un bajo umbral de dolor denominado hiperalgesia y definida luego por Drossman (2016) como Hipersensibilidad Digestiva; una capacidad extra sensible de un individuo para percibir los estímulos internos del tracto gastrointestinal. Los pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales tienen un umbral de dolor más bajo y pueden tener sensibilidad aumentada incluso a la función intestinal normal. También hay diferencias a nivel neurobiológico: después de la distensión abdominal en un grupo de pacientes sin SII se activa el giro cingulado anterior lo que libera opiáceos que reducen la percepción de dolor. En cambio, en pacientes diagnosticados con SII se activa la corteza prefrontal que se asocia a la vigilancia y control, incluso frente a la anticipación de la distensión (Drossman, 1998).

Las condiciones para su diagnóstico basadas en los criterios Roma IV son que estos síntomas se encuentren presentes en los últimos 6 meses, al menos 1 vez a la semana en los últimos 3 meses (Bustos-Fernández & Hanna-Jairala, 2019).

Para su diagnóstico, los profesionales de la salud se apoyan en las características del caso clínico y en descartar otras enfermedades gastrointestinales. A partir del año 2017 se emplean los criterios de Roma IV, creado por Rome Foundation, una organización independiente sin fines de lucro, quienes desde el año 1996 se dedican a la investigación en el campo de las enfermedades digestivas y que han ido creando de la mano de trabajos con especialistas investigadores criterios para el diagnóstico y tratamiento de las mismas (Ortega, 2006).

Desde el año 2016 The Rome Foundation modifica en los criterios Roma IV el término de enfermedades digestivas funcionales ya que consideran que el término funcional en contraposición a orgánico es estigmatizante y recomiendan en su lugar la utilización del término “desórdenes de la interacción cerebro-intestino” (Drossman, 2016) de todas formas, se sigue utilizando el concepto de enfermedad funcional. Esbozan una definición textual de la siguiente manera: “Functional GI disorders are disorders of gut-brain interactions. It is a group of disorders classified by GI symptoms related to any combination of the following: motility disturbance, visceral hypersensitivity, altered mucosal function, altered gut microbiota, and altered central nervous system processing” (Drossman, 2016, p. 1268).

El síndrome de intestino irritable se encuentra dentro de los principales motivos de consulta en primer nivel de atención (Mearin et al., 2016) convirtiéndose en un gran gasto social (8 millones de dólares anuales en EEUU) que comprende los costos directos de la atención médica, pagos por ausencias laborales y costos por improductividad debido a las ausencias (son la segunda causa de ausencias laborales después del resfriado).

Tratamiento actual

El tratamiento de la enfermedad recomendado en guías clínicas orientadas a médicos internistas y especialistas (Alvarado et al., 2015; Mearin et al., 2016; Spiller et al., 2007) se apoya en recomendaciones puramente farmacológicas o de cambios de

dieta; en algunas se encuentra como último punto una posible derivación con un profesional de salud mental.

Las personas diagnosticadas sufren de estigmatización por parte de los profesionales médicos de la salud al ser considerada una enfermedad funcional, lo que implica que no hay correspondencia orgánica del malestar que describen y son tachados de somatizadores, hipocondríacos, o incluso quejosos generando la noción de que la enfermedad no existe o que es puramente psicológica (Anton, 2020; Drossman, 2016; Lukas, 2010). Esta falta de credibilidad por parte del sistema médico puede exacerbar la percepción de los síntomas o algunas de las creencias distorsionadas de los pacientes.

En una investigación sobre estigmatización realizada a pacientes con SII se encontró que más del 57% de la muestra tenía al menos algún grado de nivel de estigma percibido relacionado al SII (Jones et al; 2019).

Factores psicosociales asociados

Se han encontrado diferencias en investigaciones realizadas (Anton, 2020; Benasayag 2004; Carmiña, 2018; El Serag, 2002; Lukas, 2010; Sureda, 2012; Van Oudenhove 2016) en cuanto a la presencia de síntomas psicológicos en pacientes con síndrome de intestino irritable en comparación con sujetos controles o incluso con otras enfermedades gástricas de tipo orgánico. En los pacientes diagnosticados con SII se observa una mayor tendencia a la evitación de situaciones de estrés, así como un mayor nivel de preocupación e intranquilidad. Además, muestran una mayor tendencia al catastrofismo y a la exageración de los peligros. Por otra parte, se ha observado que los pacientes con SII presentan mayor dependencia emocional, así como una tendencia a buscar la atención y el apoyo de los demás. Se han encontrado diferencias significativas en el nivel de confianza, tolerancia al fracaso y en la toma de decisiones. También presentan una mayor tendencia al autoconcepto negativo y a la autoestima baja (Benasayag, 2004; Sureda, 2012; Van Oudenhove 2016).

Los conflictos cognitivos presentes en pacientes diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable (SII) incluyen una variedad de pensamientos limitantes y errores lógicos. Benasayag (2004) en un estudio descriptivo realiza una síntesis de pacientes con SII en comparación a un grupo con enfermedades orgánicas y un grupo de personas sin enfermedad. Se encontró que los pacientes con SII presentan más conflictos cognitivos que la muestra normal y que esta tendencia se ve reflejada de forma diferente en los pacientes con prevalencia de 2 grupos: trastornos de ansiedad y trastornos de somatización. También se vio una tendencia a tener autoestima más baja que en los sujetos controles, una tendencia a la unidimensionalidad a la hora de construir su mundo interpersonal y tendencia al pensamiento todo o nada. Si bien no encontraron un perfil de personalidad específico, hay coincidencia en altos niveles de neuroticismo e introversión.

Síndrome de Intestino Irritable y psicoterapia

Se han encontrado variedad de artículos que proponen e investigan sobre la aplicación de psicoterapias para el tratamiento del SII.

Algunos de los tratamientos psicológicos investigados incluyen la terapia cognitiva conductual (TCC), la terapia de relajación, el Mindfulness y técnicas de integración cuerpo-mente.

Ortega (2006) realiza un estudio sobre la eficacia de la terapia cognitiva, obteniendo por resultado que el tratamiento cognitivo-conductual/exposición interoceptiva es eficaz para disminuir sintomatología tales como estreñimiento en un 33 % y sensación de evacuación incompleta en un 58%, con resultados similares en el grupo control al cual se lo entrenó en relajación muscular. También comparó los resultados con autoayuda y lista de espera y la terapia cognitiva obtuvo una mejora en el 67% de la muestra frente a 31 y 10% respectivamente.

Ya desde 1985 Whitehead concluía que el entrenamiento de los sujetos en el manejo del estrés disminuye la intensidad del dolor, convirtiéndose en un importante aspecto a considerar en la implementación de un tratamiento efectivo.

Fernandez (1989) realizó una investigación que intenta demostrar la superioridad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del SII utilizando como herramientas el manejo de estrés y manejo de contingencias en comparación a pacientes con tratamiento únicamente medicamentoso. El resultado fue de gran efectividad para la técnica en manejo de contingencias por sobre las del manejo de estrés obteniendo una mejora en los síntomas intestinales y extraintestinales característica del SII.

En otro estudio de revisión realizado por miembros del Comité de Servicios Clínicos de la Sociedad Británica de Gastroenterología (2007) encontraron que la terapia cognitiva conductual es útil para mejorar la capacidad de afrontamiento en pacientes con síndrome de intestino irritable. Esta forma de tratamiento también puede ayudar a los pacientes a comprender y manejar sus emociones, y entender cómo estas influyen en su salud física.

Se ha visto que la medicación antidepresiva puede ser beneficiosa ya que puede actuar sobre los síntomas físicos como psicológicos de la enfermedad pero en una investigación llevada a cabo por Cedeño et al. (2019) llegan a la siguiente conclusión:

Si bien el fundamento fisiológico hipotético es muy rico, la experiencia clínica disponible ha resaltado los matices y limitaciones de uso en la práctica. En el futuro, se requiere mayor investigación para dilucidar el modo de prescripción idóneo, así como los agentes AD específicos con el mejor equilibrio entre beneficios y efectos adversos, la relación real entre la sintomatología propia del SII y la sintomatología depresiva-ansiosa (pp.813).

En un estudio realizado por Gomborone et al. (1995) dónde se compararon perfiles psicológicos de los pacientes con SII que consultaron al médico, pacientes que tienen síntomas pero no consultan y otros que no tienen síntomas en absoluto se encontró que los primeros tenían niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión que en los otros. Se encontró que entre 40-60% de los pacientes que consultan por SII tienen síntomas psicológicos de ansiedad, depresión o ambos.

Por último, en un estudio sobre el tratamiento de un caso único de intestino

irritable con psicoterapia (específicamente técnicas Cognitivo Conductuales) se llegó a la conclusión de que un tratamiento adaptado al paciente y comprendiendo múltiples componentes del mismo se lograron excelentes resultados en cuanto a presencia, duración e intensidad de los síntomas relacionados al SII sobre todo el dolor , que incluso remitieron por completo en varios períodos (Valero Aguayo & Regueiro Avila, 2005).

MARCO CONCEPTUAL

Modelo BioPsicoSocial

Drossman (1998) siguiendo los trabajos comenzados por Engels (1977) en la propuesta de un modelo no reduccionista, utiliza el modelo biopsicosocial para explicar la relación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en el síndrome de intestino irritable. Describe cómo los factores biológicos tempranos (predisposición genética y los factores ambientales) influyen en los factores psicosociales, el funcionamiento fisiológico, su interacción a través del eje del sistema nervioso central (SNC) / sistema nervioso entérico (SNE) y la susceptibilidad a desarrollar SII. Los efectos combinados e integrados de la fisiología alterada y el estado psicosocial de la persona afectarían cómo se experimenta el síntoma, el grado de comportamiento del síntoma y finalmente, el resultado (adherencia al tratamiento, estado funcional diario, calidad de vida).

Asimismo Sureda et al. (2012) reafirman la importancia y la relación que tienen los factores psicosociales como determinantes en la expresión y evolución del SII. Farthing (1995) también concluye que los síntomas psicológicos como depresión, ansiedad, fobia y somatización influyen en el desarrollo de las enfermedades gastrointestinales.

Drossman (2016) vuelve a concluir en una nueva investigación que los factores psicosociales desempeñan un papel importante en la presentación clínica de los trastornos gastrointestinales funcionales y en el resultado clínico. Los más relevantes incluyen factores psicosociales, como el estrés, la ansiedad, la depresión, el trauma, la personalidad y la historia de vida; factores fisiológicos, como la motilidad

gastrointestinal, la sensibilidad visceral, la inflamación, la microbiota intestinal y factores genéticos (en los cuales el estrés puede influir introduciendo alteraciones en su funcionamiento). El estrés también puede afectar la percepción de dolor y disminuir el umbral de dolor, lo que puede contribuir a los síntomas de los trastornos gastrointestinales funcionales.

De esta forma, se evidencia la importancia que tiene el estrés en este tipo de trastorno, que exagera o fundamenta la persistencia del trastorno en la actualidad (Anton, 2020; Kano et al., 2017).

Psiconeuroinmunoendocrinología

Las características del SII describen un cuadro multideterminado, donde están implicados factores genéticos, hábitos alimenticios, incidencia del estrés, comorbilidades psicológicas, desregulación de la microbiota intestinal, entre otros, planteando la necesidad de contar con un abordaje no sólo desde lo biológico con sus correspondientes síntomas físicos, de los cuales el gastroenterólogo puede y debe indicar medicación para un tratamiento paliativo, sino de la necesidad de un abordaje que integre los hábitos nutricionales, el ámbito de pertenencia socio-comunitario, las experiencias vinculares, laborales, sean factores de estrés o factores de protección, las emociones, pensamientos y formas de funcionamiento de la persona que pueden estar colaborando con la expresión de la enfermedad o con la severidad de los síntomas así como de la experiencia vital subjetiva en sí misma.

En este caso adscribimos a Murillo (2022) quien en su trabajo concluye:

Paradójicamente, el enfoque médico imperante en la atención primaria de la salud no se encuentra capacitado para visualizar la relación entre la dolencia y el estado emocional del paciente, lo que ha derivado en el señalamiento de la necesidad de un abordaje multidisciplinario, capaz de comprender la etiología multifactorial del SII y visualizar al paciente de forma integral. (p 14)

Tomando como base el modelo Biopsicosocial, surge la PNIE en un intento de

tomar los postulados previos de ese modelo y sumar otros con el fin de lograr un abordaje abarcativo. Es un supraparadigma en tanto integra paradigmas tales como la teoría de la complejidad, teoría del caos, teoría de los sistemas y la teoría del estrés/alostasis. Esta integración da como resultado un modelo que se basa en la multifactorialidad de las experiencias vitales, dejando atrás la causación lineal y centrándose en la multidimensionalidad del ser humano, teniendo en cuenta lo biológico, lo psicoemocional vincular, lo socioecológico, la dimensión cognitiva y la dimensión espiritual (Bonet, 2008; Dubourdieu, 2014; Opazo, 2001).

En la concepción PNIE se tiene en cuenta que aquello que le sucede hoy al paciente responde a activaciones de circuitos neuroquímicos desde las experiencias pasadas, circunstancias presentes y expectativas futuras, convirtiéndose en una convergencia temporal de los 3 tiempos: pasado, presente y futuro. Por último, se basa en la posibilidad de modificación de los sistemas a través de la neuro y PNIE plasticidad, la cual será utilizada para configurar nuevas experiencias que sirvan como base a nuevas redes de funcionamiento posterior (Dubourdieu, 2014).

Desde la PNIE, se concibe el proceso salud-enfermedad como resultado de la comunicación e intermodulación de los sistemas Psicológico, Nervioso, Inmune y Endócrino. Sabemos que el estrés genera alteraciones en la red PNIE (Klinger et al., 2005) por ej. una respuesta de estrés produce activaciones psiconeuroendocrinas, procesos inflamatorios y favorecen la génesis, mantención o exacerbación de enfermedades inflamatorias intestinales. La misma enfermedad supone un factor de estrés que afecta la calidad de vida, lo físico, lo social y lo familiar, volviéndose así un círculo de retroalimentación. (Dubourdieu, 2018).

Esta relación de los sistemas psicológico, endocrino, inmune y nervioso genera una visión compleja que va más allá de la mera suma de las partes (Vales, 2011).

Eje Intestino-Cerebro Y Estrés/Alostasis

Desde que en 1936 Hans Selye propusiera el Síndrome General de Adaptación, en el que dividía la respuesta al estrés en 3 fases (alarma, resistencia y agotamiento) avances en el campo de la investigación llevaron a que en 1990 Peter Sterling y Joseph

Eyer propusieran el concepto de alostasis para referirse al sistema que procura la homeostasis del organismo frente a una amenaza (Pilnik, 2010).

Es un proceso activo y dinámico de respuestas adaptativas que se ponen en funcionamiento frente al desequilibrio interno alterado por causa de un estresor ya sea interno o externo, físico o psíquico. En el proceso de alostasis se ven envueltos sistemas como el sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino a través del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) que se encargan de que los niveles internos retomen una organización óptima en perjuicio del buen funcionamiento en el medio (Dubourdieu, 2018; Pilnik, 2010).

Cuando el estrés se mantiene, ya sea debido a una respuesta prolongada en el tiempo, situaciones de estrés repetidas, falta de adaptación a la nueva exigencia o por respuesta inadecuada, se genera distrés o Carga Alostática, que altera los mecanismos de autorregulación pudiendo desencadenar un exceso de excitación de los receptores con la consecuente liberación desenfrenada de sustancias o por el contrario, un descenso en la respuesta lo que puede desencadenar patologías orgánicas o psíquicas (Pilnik, 2010; Vales, 2011).

Las repercusiones de la activación prolongada de los sistemas de estrés puede generar alteraciones cognitivas (memoria, atención, percepción) fisiológicas y conductuales, también se relegan hábitos saludables y se favorecen las conductas nocivas (Dubourdieu, 2018).

La respuesta fisiológica al estrés se da en 2 instancias paralelas:

- Eje HHA Hipotálamo hipófiso adrenal. La hormona liberadora de corticotropina (CRH) genera la liberación de la hormona adrenocorticotropina (ACTH) que a su vez, produce hormonas glucocorticoides como el cortisol.
- Sistema nervioso autónomo , a través de la activación del locus coeruleus y la liberación de adrenalina en la médula adrenal. (Carmiña, 2018 ; Dubourdieu, 2018; Vales, 2011).

En respuesta a la concepción de divisiones disciplinarias para el abordaje de las enfermedades, Carmiña (2018) resalta que en base a la información más reciente ningún mensajero es propio de un sólo sistema, neurotransmisores, neuromoduladores,

citoquinas y hormonas están en comunicación constante con el fin de mantener las condiciones para la vida.

Con los avances en medicina y tecnología los cambios en la concepción de enfermedad son ineludibles; a decir de Moscoso (2009) “En base a este nuevo paradigma biopsicosocial, no existe una real división entre la mente y el cuerpo debido a las interconexiones científicamente establecidas entre el cerebro, sistema nervioso, y los sistemas endocrino e inmune” (p.144).

En base a estas ideas, adherimos a la definición del SII como una desregulación del eje intestino-cerebro para su mejor comprensión y tratamiento.

Lukas (2010) explica que el eje cerebro-intestino es la conexión bidireccional entre el tracto Gastrointestinal (SNE) y el cerebro (SNC) a través de vías neuroinmunes y neuroendocrinas. Estas interacciones permiten que el cerebro responda a los cambios en el intestino y viceversa. También pueden influir en la función digestiva, el estado mental y la salud general. Esta interacción también puede explicar por qué el estrés emocional puede tener un efecto en el tracto gastrointestinal y cómo los cambios en el estado mental pueden influir en el sistema digestivo.

En los últimos tiempos, se ha sumado a este eje el componente de la microbiota como necesario para el exitoso intercambio de información entre el sistema intestinal y el sistema nervioso. La microbiota está formada por diversos microorganismos como bacterias que mantienen un equilibrio en la flora intestinal y que si bien no se sabe a ciencia cierta el funcionamiento, interfiere en el funcionamiento de los demás sistemas (endocrino, inmune, nervioso y psicológico) (Bustos-Fernandez, 2019).

Un intento de explicar los mecanismos fisiopatológicos del SII indica una mayor capacidad de respuesta en los circuitos centrales de estrés/emoción; frente a un estresor se daría una respuesta en términos del sistema nervioso autónomo, neuroendocrinos, atencionales y de modulación del dolor (Meyer et al., 2001).

En el SII habría un aumento en la función del eje HHA lo que provoca un aumento en la liberación de hormona corticotropina y cortisol, resistencia a glucocorticoides y activación del nervio vago que se asocian con un umbral más bajo de tolerancia al dolor visceral (Bustos-Fernandez y Hanna-Jairala 2022; Kano et al., 2017).

También se han encontrado niveles de disbiosis que consiste en el desequilibrio de los microorganismos que viven en el tracto gastrointestinal que participan en el correcto funcionamiento y desarrollo del ser humano (Icaza-Chávez, 2013). Este desequilibrio en la microbiota intestinal es común a los pacientes diagnosticados con SII. Esta información podría colaborar en la implementación del tratamiento integral en la clínica (Stern et al., 2018)

Tratamiento Integrativo PNIE en pacientes con SII.

Tomando como base la información hasta ahora descrita se puede decir que en el SII existe una alta comorbilidad con padecimientos psicológicos como ansiedad, depresión, fobia y somatización así como una gran afectación en todos los ámbitos de la vida y que algunos de estos síntomas han sido exitosamente abordados con herramientas cognitivo conductuales. Es por esto que la PNIE junto con el uso de técnicas de diversas disciplinas y enfoques va a tomar algunas de estas herramientas, las que sumadas a otras herramientas con evidencia clínica darán como resultado un abordaje desde la psicoterapia integrativa PNIE.

En el Hospital de Clínicas se viene desarrollando una labor de la mano de psicólogos especializados en PNIE y gastroenterólogos del departamento de dicha institución. Funciona hace aproximadamente 10 años y los pacientes son derivados de acuerdo a la indicación de la Dra. Beatriz Iade, encargada de la residencia de gastroenterólogos en dicho hospital, quien indica a los practicantes la derivación de pacientes con enfermedades gástricas funcionales para una evaluación por parte de psicólogos especializados de los posibles factores emocionales incidentes en dichas patologías.

Tomando como referencia a Beatriz Gomez (2011) con su propuesta para el abordaje de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas crónicas y a la intervención desde las 5 dimensiones propuesta por Margarita Dubourdieu (2014) y Claudia Escudero (2022) para el tratamiento desde un abordaje PNIE en pacientes con

alteraciones digestivas se propone como estrategia terapéutica las siguientes 3 fases:

FASE DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA (4 sesiones; 3 evaluación y aplicación de tests, 1 de devolución).

Se trata de una entrevista diagnóstica dónde se va a indagar en la biopsicografía, estableciendo un resumen del recorrido vital de la persona, destacando los momentos asociados a períodos de brote y remisión.

Algunas cuestiones claves que indagar en este momento tienen que ver con lo que piensa el paciente que es la causa de su enfermedad, por qué comenzó en el momento que lo hizo, qué ideas tiene sobre cómo opera y que provoca en su cuerpo, qué efectos tiene en su vida, qué cosas contribuyen a la mejora y cuales empeoran la enfermedad, qué consecuencias cree que puede tener el tratamiento y cuales son sus expectativas con la evolución de la enfermedad.

FASE DIDÁCTICA DE BIOPSIKOEDUCACIÓN (1-2 sesiones)

Consta de un proceso educativo sobre la enfermedad y los síntomas así como del funcionamiento de la red PNIE en términos generales y entendibles. En esta instancia se utiliza un encuadre flexible, instalando una relación empática con lo que le sucede al paciente y donde se construirá un acuerdo terapéutico.

Se centra en establecer una alianza terapéutica colaborativa y en lograr que el paciente tome un rol activo de su enfermedad apropiándose de tareas para el autocuidado.

TRATAMIENTO PER SE DURACIÓN (1 sesión semanal de 1 hora durante 10 semanas) Desde el comienzo del tratamiento se tiene en cuenta el vínculo terapéutico como experiencia correctiva, como facilitador en el aprendizaje de nuevas formas de vinculación. Se trata de establecer y trazar un plan de tratamiento de la mano de los objetivos planteados anteriormente y en acuerdo con el paciente.

Se propone el abordaje desde las 5 dimensiones, enfatizando en los siguientes puntos dentro de cada una:

- Biológica: conductas basales (sueño, ejercicio, alimentación, relajación)
- Cognitiva: pensamientos y creencias.
- Psicoemocional: manejo de emociones, personalidad, relacionamiento vincular.
- Socioecológica: ambiental, cultural, económica.
- Espiritual: sentido de vida, valores, proyectos.

Problema y preguntas de investigación

La información desarrollada en los apartados anteriores deja en claro que hay una relación ineludible entre el SII y diversos factores psicológicos que generan sufrimiento en los pacientes, y que sumado a las características del cuadro dan como resultado una baja calidad de vida (El Serag, 2002., Benasayag 2004., Lukas, 2010., Sureda, 2012., Drossman, 2016; Van Oudenhove 2016., Carmiña, 2018; Anton, 2020).

El modelo biomédico dualista actual “El SII, al no constituir una patología orgánica observable mediante técnicas diagnósticas no sólo ha quedado desatendido, sino que ha sido cuestionada su propia existencia” (Antón Hurtado y Madrid Jordán, 2020 p.170) y se concluye la importancia de integrar el abordaje psicológico a pacientes con SII. Murillo (2022)

Siendo entonces una enfermedad de estas características, se considera pertinente abrir el campo a la investigación para ofrecer un tratamiento que no se quede en lo puramente biológico tomando como eje central del tratamiento la administración farmacológica, sino que es necesario un abordaje multidimensional, ya que los síntomas pueden generarse y/o exacerbarse por efectos en cualquiera de los sistemas de la red PNIE (psicológico, neurológico, endocrino e inmune), característica que cumple la psicoterapia propuesta y que como sugiere Dubourdieu (2014) debe abordarse desde las 5 dimensiones (biológica, psicoemocional, socioecológica, cognitiva, espiritual) y teniendo siempre presente la singularidad de los individuos.

Preguntas de la investigación:

- ¿Se observan diferencias en la presentación de los síntomas de SII luego de aplicado el tratamiento PI. PNIE?
- ¿Se encuentra una relación entre la presencia o disminución significativa de los síntomas del SII con respecto a otros síntomas psicopatológicos?

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la eficacia de la Psicoterapia integrativa PNIE (PI.PNIE) en síntomas como dolor abdominal y consistencia de las heces en pacientes diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable (SII) usuarios del servicio médico del Hospital de Clínicas comprendidos en la franja etaria de 25 a 60 años de edad, de ambos sexos.

Objetivos específicos

- Analizar los cambios producidos por la psicoterapia en la sintomatología psicopatológica en pacientes diagnosticados con SII.

- Analizar los cambios producidos por la psicoterapia en la sintomatología propia del diagnóstico de SII (dolor abdominal y consistencia de las deposiciones).

- Analizar los cambios en la gravedad y frecuencia de los síntomas del SII.

HIPÓTESIS

H.1 Se observará una relación en cuanto a la disminución de síntomas gastrointestinales y el aumento/disminución de sintomatología psicopatológica en los pacientes abordados con PI. PNIE.

H.2 El tratamiento PI. PNIE en pacientes con SII disminuirá la presencia de dolor abdominal y mejorará la consistencia de las deposiciones.

H.3 La gravedad de los síntomas del SII disminuirá luego del tratamiento.

METODOLOGÍA

Diseño, nivel y metodología

Se plantea un diseño de investigación cuantitativa, cuasi-experimental con mediciones pre prueba - post prueba aplicado a un sólo grupo (ya determinado) y otro grupo de control. Se intenta medir si hay correlación entre las variables. (Hernández Sampieri, 2018).

Población/ Muestra

Por las características de la población la muestra es no probabilística (Hernandez-Sampieri, 2018) ya que se seleccionan por ser usuarios del servicio de salud del Hospital de Clínicas (ASSE).

El criterio de selección será por pacientes diagnosticados por los médicos de dicho servicio con Síndrome de Intestino Irritable, comprendidos en la franja etaria de 25 a 60 años de edad de ambos sexos y que hayan firmado el consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se seleccionarán pacientes sin otras condiciones psicopatológicas graves (psicosis) diagnosticadas en el período de los 6 meses previos comenzada la investigación y que no tengan enfermedades gástricas orgánicas

diagnosticadas. Esto quedará especificado en el consentimiento informado y el mismo será utilizado como declaración firmada por el paciente .

El proceso de asignación a los 2 grupos será aleatorio, se completará una planilla con los datos básicos de cada paciente siendo designados al grupo que recibirá el tratamiento la primera mitad y la segunda serán los pacientes que conformen el grupo control.

Al grupo control se le invitará a un taller sobre la importancia del estrés en el síndrome de intestino irritable y al grupo tratamiento se le aplicará el tratamiento PNIE propuesto.

Variables e instrumentos

Se utilizará como herramienta principal el cuestionario SA 45 creado por Sandin (Sandín et al., 2008) y validado en Uruguay por Hugo Selma (Selma et al., 2018) con el propósito de evaluar la sintomatología psicológica experimentada por el paciente. Es un cuestionario autoadministrado que lleva aproximadamente 15 minutos.

Podemos obtener un perfil compuesto por 9 dimensiones somatización, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

Utilizando como referencia el artículo publicado por Larry Miller para el diseño de ensayos clínicos en pacientes con SII (Miller, 2014) se medirán los siguientes síntomas con sus correspondientes test:

Escala de gravedad de los síntomas IBS-SSS [ANEXO 1](#) traducido al español y validado para población española (Almansa, 2011) con el objetivo de medir la variable “gravedad de síntomas”. Fue utilizado en una investigación Argentina en 2012 sobre enfermedades inflamatorias intestinales (Sociedad Argentina de Gastroenterología, 2012; Miller, 2014).

Consistencia de las heces utilizando la Escala Bristol [ANEXO 2](#) creada en 1997 por Heaton y Lewis, que permitirá conocer cambios en la variable “características de las deposiciones” pudiendo haber una mejora que tienda a la normalidad en la escala ubicándose en los tipos 1, 2 ó 3 así un cambio en el subgrupo. Esta escala es

ampliamente recomendada tanto en guías clínicas como en investigaciones ya que permite evaluar la consistencia de las heces así como clasificar el subgrupo (Alvarado et al., 2015; Mearin et al., 2016; Miller, 2014; Spiller et al., 2007).

La variable “dolor abdominal” se medirá de acuerdo a Escala Likert para el dolor [ANEXO 5](#) que consta de 5 escalas: sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso, dolor muy intenso. El dolor abdominal se define como dolor en el área del abdomen que se asocia con cambios en el ritmo intestinal y no está asociado a causas orgánicas (Miller, 2014; Spiller, 2007).

Por último estos datos se contrastarán con las características sociodemográficas de la población medidas en el cuestionario Ad hoc “Cuestionario de datos personales” a modo de obtener correlaciones con las variables “edad” y “sexo”. [ANEXO 4](#)

Análisis de datos

Se utilizará el programa SPSS (Statistical package of social sciences) para el análisis de los datos obtenidos antes y después del tratamiento por ser uno de los más utilizados (Hernández Sampieri, 2018).

Se medirá la variabilidad de la muestra a través de análisis de frecuencia para ubicar los efectos sobre la población general. Se utilizará la regresión lineal expresada en gráficas de dispersión para visualizar los efectos del tratamiento sobre cada síntoma.

Para comparar ambos grupos se utilizará la prueba t Student comparando las medias y varianzas en los momentos pre y post tratamiento. (Hernandez-Sampieri, 2018).

Todas las metodologías de análisis de datos se aplicarán en cada momento de recogida de información; 1 semana finalizado el tratamiento, 3 meses finalizado el tratamiento y 6 meses de finalizado el tratamiento.

Procedimiento

Se coordinará una reunión con los encargados de la policlínica de gastroenterología del Hospital de Clínicas para informar y ajustar los términos de la investigación y las condiciones de derivación de los pacientes.

Los profesionales de la policlínica brindarán los datos de contacto para entrevista informativa y coordinación a los pacientes.

En respuesta al primer contacto directo por parte del paciente se le enviará por mail o Whatsapp un cuestionario de datos sociodemográficos que deberá completar y enviar por el mismo medio; se enviará adjunto el consentimiento informado a modo de ser leído previo a la entrevista. [ANEXO 3](#)

Con los datos obtenidos se filtrarán los pacientes según los criterios necesarios y se dividirán en 2 grupos. Los pacientes serán seleccionados de forma aleatoria para ser asignados para el grupo tratamiento y grupo control.

A los pacientes que no cumplan con el criterio de la investigación se les brindará el contacto de la policlínica de psicología del hospital de clínicas de la Facultad de Psicología, Udelar.

Se procederá a coordinar las entrevistas dónde se explicarán las bases generales del tratamiento a utilizar y se entregarán impresas 2 copias del consentimiento informado; uno quedará firmado y archivado junto con documentación de la investigación.

Se explicitará que luego de culminado el proceso terapéutico propiamente dicho se mantendrá el contacto para el monitoreo de los síntomas a los 3 y 6 meses.

CRONOGRAMA

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11
Coordinación con el equipo de policlínica											
Selección de la muestra											
Entrevistas con los pacientes antes del tratamiento											
Aplicación del tratamiento											
Entrevistas post tratamiento											
Recogida de información, análisis de datos.											
Creación de informe											
Difusión											

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se presentará la propuesta de investigación en el comité de ética de la Facultad de Psicología

con el objetivo de ser evaluado y aprobado para su realización.

El transcurso de la investigación estará regido bajo el Decreto 158/019 del Poder Ejecutivo dónde se detallan las condiciones necesarias e ineludibles para la investigación con seres humanos en Uruguay así como el Código de ética profesional del Psicólogo (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001; Uruguay,2019).

En el primer encuentro se brindará un consentimiento libre e informado destinado a cada participante dónde se explicará en que consiste su participación en la investigación y se deja asentado la confidencialidad de los datos personales que se brinden y la posibilidad de abandonar el proceso en cualquier momento por voluntad propia (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001). El consentimiento deberá ser leído y firmado quedando archivado junto a la documentación que se recabe durante el proceso de investigación.

Los datos personales serán conocidos solamente por los investigadores, manteniendo la confidencialidad de los participantes en todo momento. Los datos patronímicos serán utilizados con fines epidemiológicos únicamente, garantizándose la privacidad y protección de datos.

Para garantizar el principio de justicia se dividirán a los pacientes de forma aleatoria para formar los 2 grupos. El grupo control será designado a un encuentro dónde se explicará la importancia del estrés en el síndrome de intestino irritable para brindarles una herramienta frente a las circunstancias vitales futuras.

Los pacientes que por no cumplir con el criterio y que tengan un diagnóstico psiquiátrico de psicosis serán derivados a la policlinica psicológica de la Facultad de Psicología para su ingreso en lista de espera y posterior tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Tomando como referencia los estudios en el campo de la psicología cognitivo conductual (Cedeño, 2019 ; Fernandez, 1989 ; Gomborone, 1995 ; Ortega, 2006 ; Valero Aguayo & Regueiro Avila, 2005) se espera que el abordaje psicoterapéutico PNIE (que en muchos casos comparte herramientas del modelo cognitivo conductual) mejore significativamente los síntomas gastrointestinales relativos al síndrome de intestino irritable (dolor abdominal, distensión abdominal y cambios en la motilidad) así como los síntomas extra gastrointestinales asociados

(ansiedad, hipervigilancia corporal, astenia) dando lugar a una mejor experiencia en cuanto a calidad de vida y una adaptación general en relación a la enfermedad crónica.

También se pretende abrir el campo investigativo en el país en cuanto a la diversidad de componentes del trastorno y la necesidad de incluir al psicólogo clínico en el abordaje de las enfermedades crónicas.

REFERENCIAS

- Almansa, C., García-Sánchez, R., Barceló, M., Díaz-Rubio, M., & Rey, E. (2011). Translation, cultural adaptation and validation of a Spanish version of the Irritable Bowel Syndrome Severity Score. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 103(12), 612–618. <https://doi.org/10.4321/s1130-01082011001200002>
- Antón Hurtado, F., & Madrid Jordán, A. (2020). Aproximación antropológica a la somatización de la violencia : El síndrome del intestino irritable (SII). *Antropología Experimental*, (20), 165–180. <https://doi.org/10.17561/rae.v20.12>
- Alvarado B, Jaime, Otero R, William, Jaramillo Santos, Mario Andrés, Roa B, Paola Andrea, Puentes L, Gerardo Andrés, Jiménez F, Ana María, Grillo A, Carlos Fernando, Pardo, Rodrigo, & Sabbagh, Luis. (2015). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable en población adulta. *Revista colombiana de Gastroenterología* , 30 (Supl. 1), 43-56. Recuperado el 12 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000500006&lng=en&tlng=es
- Benasayag, Ruth; Feixas, Guillem; Mearin, Fermín; Saúl, Luis Angel; Laso, Esteban “Conflictos Cognitivos En El Síndrome Del Intestino Irritable (SII): Un Estudio Exploratorio.” *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Jan. 2004, pp. 105–119, www.redalyc.org/pdf/337/33740106.pdf. Accessed 19 Feb. 2023.
- Bonet, J. L. (2018). *Psiconeuroinmunoendocrinología: Cuerpo, cerebro y emociones*. Argentina: Penguin Random House.
- Bustos-Fernández, L. M., & Hanna-Jairala, I. (2019). Tratamiento actual del síndrome de intestino irritable. Una nueva visión basada en la experiencia y la evidencia. *Acta*

Gastroenterológica Latinoamericana, 49(4), 381–393. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199362054014>

Bustos-Fernández, Luis María, & Hanna-Jairala, Ignacio. (2022). Eje cerebro intestino microbiota. Importancia en la práctica clínica. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 42(2), 106-116. Epub 00 de abril de 2022. <https://dx.doi.org/10.47892/rgp.2022.422.1438>

Cedeño, M., Freddy, J., Camacho, J., Elizabeth, P., Patricia, S., Michelle, A., ... Ganchozo, A. (2019). Uso de fármacos antidepresivos en el tratamiento del síndrome de intestino irritable. *Archivos Venezolanos de Farmacología Y Terapéutica*, 38(6), 809–813. Retrieved from <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142023/html/>

Drossman, D. (1996). Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial ... : *Journal of Clinical Gastroenterology*. Retrieved February 19, 2023, from Clinical Gastroenterology website: https://journals.lww.com/jcge/Fulltext/1996/06000/Editorial__Gastrointestinal_Illness_and_the.2.aspx

Drossman, D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>

Dubourdieu, M. (2014). *Psicoterapia integrativa PNIE. psiconeuroinmunoendocrinología integración cuerpo-mente-entorno*. Psicolibros Waslala. (Original work published 2008).

El-Serag, H. B., Olden, K., & Bjorkman, D. (2002). Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16(6), 1171–1185. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2002.01290>.

- Farthing, M. (1995). *EDUCATION & DEBATE Fortnightly Review Irritable bowel, irritable body, or irritable brain?* Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548562/pdf/bmj00576-0039.pdf>
- Fernandez, C. (1989, December 31). Tratamiento psicológico en el Síndrome del Intestino Irritable | Psicothema. Retrieved February 20, 2023, from Uniovi.es website: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7039>
- Gómez, Beatriz. “Abordaje de Perturbaciones Asociadas a Enfermedades Físicas Crónicas.” *Paisajes de La Psicoterapia. Modelos, Aplicaciones Y Procedimientos*, by Héctor Fernández Alvarez, Buenos Aires, Polemos, 2011, pp. 239–266.
- Gomborone, J., Dewsnap, P., Libby, G., & Farthing, M. (1995). Abnormal illness attitudes in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(2), 227–230. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00126-p](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)00126-p)
- Hernández SampieriR., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación : Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mcgraw-Hill Education.
- Icaza-Chávez, M. E. (2013). Microbiota intestinal en la salud y la enfermedad. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(4), 240–248. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.04.004>
- Kano, M., Muratsubaki, T., Van Oudenhove, L., Morishita, J., Yoshizawa, M., Kohno, K., Yagihashi, M., Tanaka, Y., Mugikura, S., Dupont, P., Ly, H. G., Takase, K., Kanazawa, M., & Fukudo, S. (2017). Altered brain and gut responses to corticotropin-releasing hormone (CRH) in patients with irritable bowel syndrome. *Scientific reports*, 7(1), 12425. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-09635-x>

- Klinger R, J., & Klinger R, J. (2001). Síndrome de intestino irritable. *Revista Médica de Chile*, 129(5). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872001000500016>
- Klinger, J. C., Herrera, J. A., Díaz, María L, Jhann, Andrés A, Ávila, G. I., & Tobar, C. I. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 36(2), 120–129. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342005000200010.
- Mearin, Fermín, Ciriza, Constanza, Mínguez, Miguel, Rey, Enrique, Mascort, Juan José, Peña, Enrique, Cañones, Pedro, & Júdez, Javier. (2016). Guía de Práctica Clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 108(6), 332-363. Recuperado en 13 de marzo de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082016000600007&lng=es&tlng=es.
- Miller, L. E. (2014). Study design considerations for irritable bowel syndrome clinical trials. *Annals of Gastroenterology : Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*, 27(4), 338–345. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4188930/>
- Jones, M. P., Keefer, L., Bratten, J., Taft, T. H., Crowell, M. D., Levy, R., & Palsson, O. (2009). Development and initial validation of a measure of perceived stigma in irritable bowel syndrome. *Psychology, health & medicine*, 14(3), 367–374. <https://doi.org/10.1080/13548500902865956>
- Murillo, A. (2022). Abordaje psicológico como parte del tratamiento del Síndrome del Intestino Irritable (SII): Una revisión bibliográfica. *PsicoInnova*, 6(1), 8–25. Recuperado a partir de <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/view/130>

- Opazo Castro, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: Delimitación clínica*. Santiago de Chile: Instituto Chileno De Psicoterapia Integrativa.
- Ortega, M., Torres, X., Eva Baillès Lázaro, Angel, M., & José María Farré Martí. (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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=2314492&orden=12151>
- Pilnik, S. D. (2010). El concepto de alostasis: Un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires* (2004), 30(1), 7–12. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-575122>
- Ritchie J. (1973). Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable colon syndrome. *Gut*, 14(2), 125–132. <https://doi.org/10.1136/gut.14.2.125>
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296. <https://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>
- Selma, H., Benedetti, M., Luzardo, M., & Martínez, S. (2018). Adaptación de la Escala SA-45 a población uruguaya. Libro de resúmenes / I Congreso Internacional de Psicología, 43. https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-12/resumenes_30_10%2B%2B%2B.pdf
- Sociedad Argentina de Gastroenterología. (2012). Investigación Argentina. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 42(2), 147–158. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199326833015>

- Spiller, R., Aziz, Q., Creed, F., Emmanuel, A., Houghton, L., Hungin, P., ... Whorwell, P. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*, 56(12), 1770–1798. <https://doi.org/10.1136/gut.2007.119446>
- Stern, E. K., & Brenner, D. M. (2018). Gut Microbiota-Based Therapies for Irritable Bowel Syndrome. *Clinical and translational gastroenterology*, 9(2), e134. <https://doi.org/10.1038/ctg.2018.2>
- Surdea-Blaga, T., Adriana, B., & Dumistracu, D. (2012). Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 18(7), 616. <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i7.616>
- Valero Aguayo, L., & Regueiro Avila, A. M. (2005). Tratamiento de un caso de intestino irritable. *Análisis Y Modificación de Conducta*, 31(135), 97–110. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1180881>
- Vales, L., (2011). Psicobiología del estrés. En *Manual De Bases Biológicas Del Comportamiento Humano* (pp. 179–184). Udelar. CSE. https://www.academia.edu/31723988/Psicobiologia_del_Estres_PNIE
- Van Oudenhove, L., Vandenberghe, J., Demyttenaere, K., & Tack, J. (2010). Psychosocial Factors, Psychiatric Illness and Functional Gastrointestinal Disorders: A Historical Perspective. *Digestion*, 82(4), 201–210. <https://doi.org/10.1159/000269822>
- Whitehead, W. E., Burgio, K. L., & Engel, B. T. (1985). Biofeedback treatment of fecal incontinence in geriatric patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(5), 320–324. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1985.tb07130.x>

ANEXOS

ANEXO 1 Cuestionario IBS-SSS.

Anexo 1. CUESTIONARIO DE GRAVEDAD DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE PUNTUACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

1) ¿Sufre frecuentemente dolor abdominal (dolor de barriga)?

SÍ NO

Rodee la respuesta adecuada

a) Si su respuesta ha sido SÍ, ¿cómo de grave es su dolor abdominal?

0% |-----| 100%

Sin dolor No grave Algo grave Grave Muy grave

b) Por favor, escriba el número de días que tiene dolor cada 10 días. Por ejemplo, si anota 4 significará que tiene dolor 4 de 10 días. Si tiene dolor todos los días, anote 10.

Número de días con dolor

2) a) ¿Sufre con frecuencia distensión abdominal?*(barriga hinchada, inflada o tensa)

SÍ NO

Rodee la respuesta adecuada

*las mujeres, por favor, ignorar la distensión relacionada con el periodo (la regla)

b) Si su respuesta ha sido SÍ, ¿cómo es de grave es su distensión abdominal?

0% |-----| 100%

Sin distensión No grave Algo grave Grave Muy grave

3) ¿Está satisfecho con su hábito intestinal (ir a hacer de vientre)?

0% |-----| 100%

Muy insatisfecho Insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho








4) ¿En qué medida su síndrome de intestino irritable le afecta o interfiere con su vida en general?

0% |-----| 100%

Nada No mucho Bastante Totalmente

ANEXO 2. Escala Bristol

Bristol Stool Form Scale

Type 1		Separate hard lumps, like nuts
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces

Constipated stool - Types 1 or 2
Diarrheal stool - Types 6 or 7

Copyright 2000 © Rome Foundation. All Rights Reserved

theromefoundation.org

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Montevideo el día __/__/____ de constancia de mi consentimiento expreso para ser parte de la investigación llevada a cabo por la Lic. Flavia Garcia Velazco investigadora de la Facultad de Psicología (UdelaR) en la investigación “Eficacia de un tratamiento desde el modelo integrativo PNIE (Psiconeuroinmunoendocrinología) en pacientes con Síndrome de intestino irritable” llevada a cabo en el Hospital de Clínicas.

En la investigación se recabarán datos personales así como el estado de los síntomas físicos debido al Síndrome de Intestino Irritable.

Se aplicará un tratamiento psicológico y se recabarán datos sobre el estado del paciente durante y después de culminado el proceso con el fin de evaluar el impacto de la psicoterapia en los síntomas de la enfermedad mencionada.

Al firmar abajo reconozco que:

- He leído este documento en su totalidad. Se me ha brindado la oportunidad de formular preguntas y conversar sobre los distintos aspectos del proyecto de Investigación.
- Declaro no tener diagnóstico de psicopatologías como psicosis al momento de comenzada la investigación.
- Estoy de acuerdo en proporcionar datos y permitir utilizar datos sobre mi persona que puedan ser de ayuda a la investigación propuesta.
- Me puedo retirar del grupo de investigación en cualquier momento en que yo lo decida sin tener que dar ninguna explicación y solicitar que mis datos o mis muestras sean destruidos.
- De forma libre y voluntaria otorgo mi consentimiento para participar en el presente Proyecto.

Nombre _____ del _____ participante:

Firma: _____

CI: _____

ANEXO 4

FORMAULARIO DE DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: Femenino __ Masculino__

Localidad/Barrio: _____

Nivel máximo de escolaridad: Primaria ____ Ciclo básico ____ Bachillerato ____

Integración del núcleo familiar : _____

Presenta diagnóstico de enfermedad psiquiátrica: SI ____ cuál? _____ NO ____

Medicación: _____

Motivo de consulta: _____

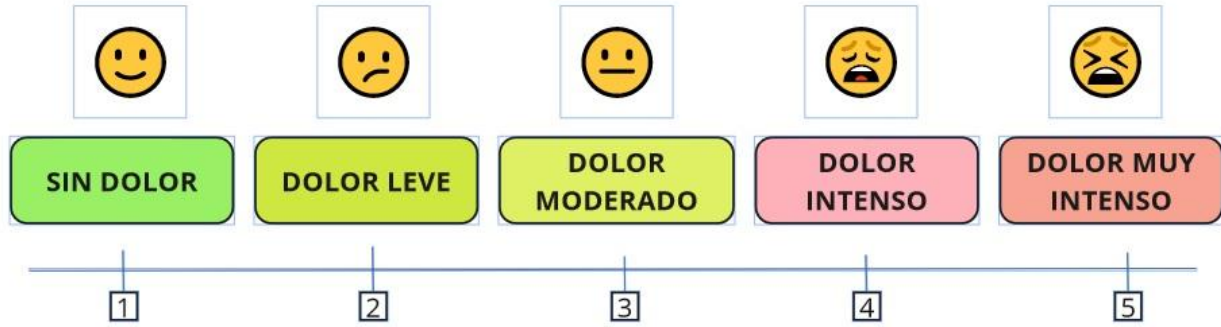
¿Ha estado en tratamiento psicológico? SI ____ Motivo _____ NO ____

¿Considera que el Síndrome de Intestino Irritable interfiere en su vida cotidiana?

SI __ porque? _____ NO ____

ANEXO 5

Escala Likert para el dolor abdominal



Según la escala indica tu nivel promedio de dolor abdominal en la última semana ____

