

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DE LICENCIATURA

“ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE”

Macarena Navarro Ferrandi

2615609287

maquinavaro@hotmail.com

Directora: Lic. Noelia Centeno

Co-director: Dr. Sebastián Gutiérrez

21/04/17

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Nota:

AGRADECIMIENTOS

La culminación de mis estudios y la finalización de esta investigación no podrían haberse llevado a cabo sin la ayuda y el apoyo de todas aquellas personas que me acompañaron tanto en este proyecto como a lo largo de toda mi carrera, para ellos no tengo más que palabras de agradecimiento

En primer lugar, a mi familia, sin la cual no me encontraría donde estoy. Gracias por haber permitido que pueda estudiar y dedicarme solo a ello, y por haber hecho de mi paso por la universidad siempre todo más simple. A mis abuelos quienes nunca se olvidaron de llamarme después de cada examen, y a quienes vi emocionarse siempre por mis logros. Y a Leandro, quién apareció sobre el final para hacer todo mejor, y que aportó también sus conocimientos para ayudarme en esta investigación.

A mi directora de tesis, Lic. Noelia Centeno, a la cual admiré desde que fue mi profesora y hasta el día de hoy. Es un honor para mí haber sido guiada en este proyecto por ella, a quien considero mi referente en esta rama de la psicología que ella me ayudó a conocer: el conocimiento y abordaje psicológico de pacientes con enfermedades médicas. Por su predisposición y buena onda siempre, por su paciencia, por sus mensajitos alentadores y por haber aceptado acompañarme en este proyecto ¡Gracias Noe!

Al Dr. Sebastián Gutiérrez, mi co-director de tesis, quien sin conocerme acepto ayudarme con esta investigación y se mostró interesado y predispuesto siempre. Haciéndose un lugar para responder mis mails, salvar mis dudas y recibirme siempre que lo necesitara. Sin él me hubiese sido imposible poder concretar esta investigación. Del mismo modo agradezco a la Dra. Cicchitti, quien colaboró para ayudarme a concretar mi muestra sin ser parte directa de esta investigación. Y a todo el centro de tratamiento y diagnóstico gastroenterológico Higea que me abrió sus puertas y me permitió poder acceder a todas aquellas personas que amablemente y con genuino interés, accedieron participar de esta investigación ¡Gracias!

A la Dra. Celina Korzeniowsk, del Instituto de Investigaciones de Facultad de Psicología de UDA, y a la Lic. Daniela González, a quien considero como mis asesoras metodológicas. Gracias a su paciencia, dedicación y buena predisposición a la hora de explicar más de una vez cada aspecto metodológico, y responder cada mensajito en cualquier momento del día para salvar cualquier duda.

¡¡GRACIAS!!

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivos describir el nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento que se presentan en el paciente con síndrome del intestino irritable. Se realizó una investigación descriptiva, con una muestra intencional o de conveniencia, compuesta por 30 sujetos, de los cuales 24 fueron mujeres y 6 hombres, todos pacientes del centro de tratamiento y diagnóstico gastroenterológico HIGEA. Se administraron los siguientes instrumentos: Escala de Estrés Percibido (PSS-14) (Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R, 1983) y Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Chacot y Sadin, 2003). Resultados: en los participantes predominó una percepción de estrés baja a moderada. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se observó una gran variabilidad con respecto al uso de las mismas entre los pacientes. Sin embargo, se observó en mayor medida el uso de las estrategias de afrontamiento Reevaluación Positiva en primer lugar y en segundo lugar Focalizado en la Solución de problemas.

ABSTRACT

This paper aims to describe the level of perceived stress and coping strategies presented in the irritable bowel syndrome patient. A descriptive study was conducted with a purposive or convenience sample composed of 30 individuals, of whom 24 were women and 6 were men, who were all patients of the gastroenterological treatment and diagnosis center HIGEA. There were administered the following instruments: Perceived stress scale (PSS-14) (Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R, 1983) and Ways of coping inventory (Chorot and Sadin, 2003). Results: there was a predominant level of perceived stress low to moderate. Regarding coping strategies, great variability was observed among patients. However, it predominates the use on the first place of the positive reappraisal and on second place planful problem-solving.

Índice

Introducción:.....	9
PARTE 1: MARCO TEÓRICO.....	11
A. Capítulo I : Síndrome del intestino irritable.....	12
1. ¿Qué es la salud?.....	13
1.1. Psicología y Salud	13
2. Trastornos funcionales digestivos: Síndrome del intestino irritable.....	16
2.1. Criterios diagnósticos.....	17
2.2. Etiología	19
2.2.1. Factores psicosociales.....	22
2.3. Tratamiento.....	24
B. Capítulo II: Estrés.....	27
1. Estrés: definición.....	28
1.1 Estrés y enfermedad.....	29
2. Teorías del estrés.....	32
2.1 Teorías que entienden al estrés como una respuesta.....	32
2.2 Teorías que entienden al estrés como un estímulo.....	33
2.3 Teorías que entienden al estrés como una interacción.....	35
3. Modelo cognitivo del estrés.....	36
3.1 Otros modelos teóricos.....	38
3.1.1 Distrés y eutrés.....	38
3.1.2 Modelos Integradores Multimodales.....	40
4. Estrés y ansiedad.....	41
5. Fisiología del estrés.....	43
5.1 Sistema nervioso central y estrés.....	44
5.2 Sistema nervioso autónomo y estrés.....	46
5.3 Psiconeuroinmunoendocrinología.....	47

6. Estrés y síndrome del intestino irritable: eje cerebro-intestino.....	49
7. Investigaciones relacionadas.....	51
C. Capítulo III: Afrontamiento.....	53
1. Definición y desarrollo del constructo.....	54
2. Funciones del afrontamiento.....	57
3. Eficacia del afrontamiento.....	59
4. Estilo vs Proceso vs Estrategias.....	61
4.1 Proceso del afrontamiento.....	61
4.2 Estilos de afrontamiento.....	63
4.3 Estrategias de afrontamiento.....	64
5. Afrontamiento y enfermedad.....	64
6. Investigaciones relacionadas.....	65
PARTE 2: MARCO METODOLÓGICO.....	68
D. Capítulo IV: Metodología del trabajo.....	69
1. Variables evaluadas.....	70
2. Objetivos del trabajo.....	70
2.1 Preguntas de investigación.....	70
3. Método.....	70
3.1 Tipo de estudio.....	70
3.2 Diseño.....	71
3.3 Descripción de la muestra.....	71
3.4 Sujetos o participantes.....	71
3.5 Instrumentos utilizados.....	71
3.5.1 Descripción de los instrumentos.....	72
3.5.1.1 Entrevista ad hoc.....	72
3.5.1.2 Escala de estrés percibido (PPS-14).....	72
3.5.1.3 Cuestionario de Afrontamiento del estrés.....	73
4. Procedimiento.....	74
5. Análisis de datos.....	74
E. Capítulo V: Presentación y discusión de resultados.....	75
1. Presentación de resultados.....	76
1.1. Entrevista ad hoc.....	76
1.2. Escala de Estrés Percibido (PPS-14).....	79
1.3. Cuestionario del Afrontamiento del estrés.....	80
2. Discusión de resultados.....	82
3. Conclusiones y propuestas	85

F. Referencias bibliográficas.....	90
G. Anexos.....	94

Introducción

El Colon Irritable o Síndrome de Intestino Irritable, es un trastorno muy común, dado que afecta aproximadamente al 20% de la población general según los datos aportados por la Sociedad Argentina de Gastroenterología. Siendo también la causa de consulta más frecuente en gastroenterología (entre el 40 % y el 70 % de las consultas)

El síndrome de intestino irritable (SII), se caracteriza por manifestaciones crónicas o recurrentes de dolor o malestar abdominal, asociado a alteraciones en el hábito de eliminación, ya sea diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos, con cambio en la consistencia de las heces y sin evidencias de daño orgánico identificable; es por esto que el SII es considerado un trastorno funcional (M González, M De Ascencao, 2005).

Como estudiante de psicología me pregunto dentro de la etiología multifactorial del síndrome cuáles son los factores psicológicos que pueden influir en el desencadenamiento de la sintomatología. Existen diversas investigaciones que hablan de elevadas tasas de adaptación ineficiente a situaciones dramáticas (Fermín Mearin , Miguel A. Montoro, 2012) destacando de este modo acontecimientos graves en la vida del paciente como punto de partida de los primeros síntomas; estresores sociales; historia de abuso físico y/o sexual; y otros factores psicológicos, como la personalidad y los trastornos psiquiátricos como factores que poseen un papel importante en la manifestación del SII (Benasayag, R., Feixas i Viaplana, G., Mearin, F., Saúl Gutiérrez, L. Á., & Laso, E, 2004). José I. Montaña, Ximena Dossman, Julián A. Herrera, Arnoldo Bromet, Carlos H. Moreno (2006, 40) afirman que “el estado de ánimo y el estrés emocional originan muchos síntomas digestivos, más difíciles de interpretar que los síntomas de padecimientos orgánicos”. Mi especial inquietud se sitúa en esta última variable, el estrés, y en su forma de afrontarlo.

El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Sandin, 2003)

Partiendo entonces de la premisa de que el estrés puede ser entendido como desencadenante de diversas enfermedades, entre ellas los trastornos digestivos, esta investigación estaría orientada a indagar la autopercepción de estrés que poseen los pacientes diagnosticados con SII y las estrategias de afrontamiento predominantes en los mismos.

Dado la relevancia cada vez mayor que se le da al abordaje interdisciplinario de las enfermedades, es de suma importancia contar con las herramientas necesarias desde la psicología para poder contribuir tanto al estudio como al abordaje de los sujetos que padezcan este tipo de trastornos, de este modo la principal relevancia de esta investigación reside en poder aportar nueva información a la Psicología de la Salud. Conocer el nivel de estrés de los pacientes puede contribuir tanto al abordaje y tratamiento de pacientes con trastornos digestivos funcionales como también a la prevención de la sintomatología, apuntando siempre a una mejora en su calidad de vida.

“La mente no domina al cuerpo, sino que se convierte en cuerpo. Cuerpo y mente son una sola cosa”

Candace Pert

PARTE 1
“MARCO TEÓRICO”

Capítulo I

“Síndrome del intestino irritable”

1. ¿Qué es la salud?

Etimológicamente el término “salud” proviene del latín “*salus*”, haciendo referencia al normal funcionamiento psicológico y biológico de la persona. En nuestra lengua, este concepto es definido por la Real Academia de la Lengua española como: “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Diccionario de la Real Academia, 2014).

La organización mundial de la salud lo define como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de patología orgánica o enfermedad”. Esta última afirmación es relevante ya que nos habla de un enfoque positivo de la salud, en contraste con la tendencia habitual de definir la salud en oposición a la enfermedad.

1.1. Salud y Psicología

Dentro de la relevancia científica del presente trabajo de investigación se propuso que el mismo contribuirá a la Psicología de la salud, pero ¿en qué consiste esta disciplina?

Históricamente ha habido tensión entre los que consideraban que la mente y el cuerpo estaban separados (dualistas) y los que los consideraban como una unidad (monistas), sin embargo la atención se centra cada vez más en la relación bidireccional entre mente y cuerpo, y quién ha desempeñado un papel significativo para cambiar esta perspectiva es la psicología. Esta ciencia ha destacado la necesidad de que la medicina adopte un planteamiento más holístico y que tenga en cuenta el papel que desempeñan tanto los factores sociales como los psicológicos en la etiología, curso y consecuencias de una enfermedad. Un ejemplo de ello es el modelo biopsicosocial, el cual engloba y hace énfasis en la interacción entre los procesos biológicos, las influencias psicológicas y sociales (Engel, 1977, 1980, citado en Benett y Morrison, 2008). Desde esta perspectiva se ofrece una explicación compleja y multivalente, pero potencialmente más integral, de la experiencia humana de la enfermedad.

La historia de la Psicología de la Salud está íntimamente relacionada con la de la Psicología como disciplina. Esto se debe al hecho de muchos psicólogos, previamente a la creación de la Psicología de la Salud, ya habían hecho importantes aportes al campo de la salud.

Un ejemplo de la influencia desde la psicología fue Sigmund Freud en las décadas de 1920 y 1930, que redefinió el problema de la mente-cuerpo como un problema de la «consciencia», postulando la existencia de una «mente inconsciente» tras examinar a pacientes con trastorno de conversión. A raíz de su descubrimiento desencadenó muchos trabajos sobre el conflicto inconsciente, la personalidad y la enfermedad, que en última instancia llevaron al desarrollo del campo de la medicina psicosomática tal y como lo conocemos en la actualidad.

El término «psicosomático» hace referencia al hecho de que la mente y el cuerpo están involucrados ambos en la enfermedad y, cuando no se identifica fácilmente una causa orgánica, es posible que la mente ofrezca el desencadenante de una respuesta física que es detectable y mensurable. Hasta la década de 1960 la investigación psicosomática era de carácter predominantemente psicoanalítico, centrándose en las interpretaciones de la enfermedad, como que el asma, las úlceras o las migrañas estaban desencadenadas por emociones reprimidas. Tal es así que los primeros trabajos en psicosomática afirmaban que determinada personalidad provocaría determinada enfermedad (por ejemplo, la personalidad propensa a la úlcera de Alexander) y, aunque la evidencia empírica de la causalidad directa ha resultado ser limitada, estos avances del pensamiento sentaron las bases para múltiples estudios sobre los procesos fisiológicos que pueden relacionar el tipo de personalidad con la enfermedad. La medicina psicosomática actual está más centrada en una combinación de explicaciones psicológicas, sociales y biológicas/fisiológicas de la enfermedad, y en cómo los factores psicológicos afectan las condiciones físicas (DSM-IV). Este cambio refleja que los factores psicológicos pueden afectar a cualquier enfermedad, y no sólo a las que se han analizado tradicionalmente bajo el encabezamiento de «psicosomáticas» (Benett y Morrison, 2008)

El movimiento que manifestaba la importancia de la formación en los factores psicológicos y su papel en la salud, fue logrando paulatinamente su objetivo entre los años 20 y 60. La investigación en la psicología clínica también dió un lugar importante a los síntomas físicos, a la aplicación de terapia en problemas que presentaran tanto síntomas físicos como psicológicos y también se realizaron algunos estudios sobre aquellas personas que utilizaban en demasía los servicios sanitarios. A partir de los años 40 y 50 se estudiaron intensamente formas para ayudar a solucionar los problemas físicos que se consideraba influidos por estresores.

Alrededor de 1950 la investigación en psicología de la salud estaba relacionada con temas como los efectos de la personalidad o los estados psicológicos en la salud física, la relación del dolor con diferentes variables psicosociales, las variables relacionadas con la adherencia a los tratamientos médicos, las actitudes relacionadas con la salud y conductas de salud relacionadas con la sexualidad.

La mayoría se habían realizado en torno al dolor, estrés y conductas. A partir de 1960 decrece el número de investigaciones sobre dolor y aumentan las relacionadas con actitudes y conductas de salud, volviendo el interés por conocer los procesos psicológicos en la salud física. Todo lo comentado sirvió de puntapié inicial para que aumentaran sustancialmente los estudios sobre todo en las décadas del 70 y 80. Esto permitió que se realizaran cambios institucionales que dieron lugar a la creación de la Psicología de la Salud, como un área dentro de la APA. (Lauría Blanco, 2010)

En 1980 es elegido presidente del mismo Joseph Matarazzo quien en su obra de 1982 fue el encargado de proponer la primera definición de esta nueva disciplina (1977 Ballester Arnal, citado en Lauría Blanco, 2010):

“La Psicología de la salud es el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias” (p. 815)

A esta definición en 1982 Matarazzo le agregó lo siguiente “así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria” (1982, pág. 4, citado por Ballester Arnal, 1997, citado en Lauría Blanco, 2010).

Los principales objetivos de la psicología de la salud, derivados de la definición de Matarazzo (1982, citado en Brennen y Morrison, 2008), insisten en desarrollar nuestra comprensión de los factores biopsicosociales implicados en:

- la promoción y el mantenimiento de la salud;
- la mejora de los sistemas de atención sanitaria y de la política sanitaria;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades;
- las causas de las enfermedades, por ejemplo, factores de riesgo/vulnerabilidad.

Podemos resumir como factores que permitieron el afianzamiento de la Psicología de la Salud los siguientes: la aparición del modelo biopsicosocial, los cambios en las causas de muerte en los últimos siglos, la aceptación por parte de la comunidad científica acerca la variedad de factores que influyen en la génesis de las enfermedades, la diferencia entre el aumento de gastos en salud y la percepción de ausencia en los beneficios que los acompañen, la importancia que se le ha dado a la prevención y promoción de estilos de vida sanos y el reconocimiento de la necesidad cada vez mayor de trabajar en equipos interdisciplinarios.

La disciplina de la psicología de la salud concede un papel importante al estrés, la emoción y el manejo. Otros temas relevantes incluyen la psicología del estrés, las dificultades ambientales, la nutrición, la obesidad y las dietas, el ejercicio, el tabaquismo las drogas y el alcohol. Ryff y Singer (1988, citado en Lazarus 1999, 265) manifiestan que “ha existido un énfasis excesivo en el estrés y demasiado poco en los estados positivos de la mente y en las cosas que hacemos para trascender a las amenazas y dificultades de la vida moderna”. Esta afirmación nos da el pie para entender la justificación de este trabajo de investigación y su posible relevancia científica, no solo al basarnos en el estrés percibido sino más importante aún en su forma de manejo, es decir las estrategias de afrontamiento.

2. Trastornos funcionales digestivos: Síndrome del intestino irritable

El síndrome del intestino irritable (SII), mayormente conocido como Colon Irritable, es una enfermedad crónica del sistema digestivo. La misma se caracteriza por manifestaciones crónicas o recurrentes de dolor o malestar abdominal, asociado a alteraciones en el hábito de eliminación, ya sea diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos, con cambio en la consistencia de las heces y sin evidencias de daño orgánico identificable; por esto el SII es considerado un trastorno funcional (M González, M De Ascencao, 2005). Para poder comprender mejor a este síndrome es necesario revisar el concepto de “trastornos funcionales”.

Al respecto Douglas A Drossman (2016) señala que los trastornos funcionales digestivos (TFD) son el diagnóstico más común en gastroenterología. Los mismos son un grupo de trastornos reconocidos por anomalías morfológicas y fisiológicas que se clasifican en base a síntomas gastrointestinales en cualquiera de las siguientes combinaciones: perturbaciones de la motilidad, hipersensibilidad visceral, alteraciones de la mucosa y la función inmune, flora intestinal alterada, y alteración del procesamiento del sistema nervioso central.

La definición de los TFD ha ido variado en base a las diversas perspectivas sociales del término “enfermedad” a lo largo del tiempo, las pruebas científicas, y las bases de formación de los médicos. Incluso hoy en día, los TFD son considerados por muchos como menos legítimos que los diagnósticos basados en fisiopatología, y los pacientes con TFD pueden ser estigmatizados por tener este tipo de síntomas. Esto se originó debido a la separación entre trastornos orgánicos (consignados por algunos como trastornos legítimos) y funcionales, que a menudo son considerados como trastornos psiquiátricos o indefinidos. Sin embargo, con el paso del tiempo y de diversas publicaciones, la definición ha ido cambiando de la ausencia de enfermedad orgánica;

pasando a una relacionada con el estrés o a un trastorno psiquiátrico a un trastorno de la motilidad; y finalmente con Roma III, a un trastorno funcional. De este modo la Fundación de Roma creó una definición para los TFD que es positiva (en lugar de un diagnóstico basado en la exclusión de otra enfermedad), reflejo de los conocimientos científicos actuales, y no estigmatizaste. El modo reconocido de definición es la siguiente: los trastornos funcionales digestivos son trastornos de la interacción intestino-cerebro. (Douglas A. Drossman, 2016)

El síndrome de intestino irritable representa el paradigma de los trastornos funcionales digestivos (TFD) en el campo de la patología digestiva. Durante años, en las consultas médicas se ha venido repitiendo la expresión: “Doctor, a mí me duele – Tranquilo, Ud. no tiene nada”. Solo se consideraba como enfermo a aquél en el que había una causa demostrable de sus molestas, mientras que el resto eran etiquetados de hipocondríacos, “quejicas” o somatizadores, cuando no se debe olvidar que los trastornos funcionales producen un deterioro de la calidad de vida, superior incluso, al observado en otras dolencias orgánicas (Fermín Marín, Miguel A. Montoro, 2012)

El Colon Irritable o Síndrome de Intestino Irritable, es un trastorno muy común, dado que afecta aproximadamente al 20% de la población general según los datos aportados por la Sociedad Argentina de Gastroenterología. Siendo también la causa de consulta más frecuente en gastroenterología (entre el 40 % y el 70 % de las consultas). Se estima que solo un 15% de los afectados buscan ayuda médica.

2.1. Criterios diagnósticos

A lo largo del tiempo, se han propuesto diversos criterios que permiten establecer un diagnóstico positivo basado en la presencia de síntomas, evitando con ello pruebas superfluas. En los últimos años, la mayoría de los clínicos han utilizado los denominados Criterios de Roma, fruto de una labor llevada a cabo por comités de expertos que se reúnen periódicamente en Italia, la denominada Fundación de Roma.

La Fundación de Roma ha desempeñado un papel fundamental en la creación de criterios de diagnóstico, desempeñando así un rol primordial en operativizar la investigación y difusión de los conocimientos que rodea a los trastornos funcionales. La misma tiene sus orígenes a finales de 1980, en un momento en el que había muy poca comprensión de la fisiopatología de los TFD, no había ningún sistema de clasificación establecido, ni directrices para la investigación estandarizada de los pacientes. Mediante la reunión de expertos de todo el mundo, la Fundación de Roma

identificó aquellos que estaban en las mejores condiciones de proporcionar directrices para el diagnóstico y el tratamiento. (Douglas A. Drossman, 2016)

En todos los casos para el diagnóstico es condición la presencia de dolor o molestia abdominal (sin el cual no puede establecerse el diagnóstico), asociado a un cambio en la frecuencia o consistencia de las deposiciones (al menos 3 días al mes) por un periodo no inferior a 3 meses, y un comienzo de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico. (Fermín Mearin , Miguel A. Montoro, 2012)

Dentro de esta categoría se reconocen 4 subtipos:

- 1) SII con predominio de estreñimiento (SII-E)
- 2) SII con predominio de diarrea (SII-D)
- 3) SII con patrón alternante
- 4) SII con patrón indefinido.

Algunos síntomas como la urgencia defecatoria, la sensación de evacuación incompleta, así como la hinchazón abdominal, la emisión de moco en la deposición o el esfuerzo defecatorio excesivo, apoyan el diagnóstico, pero no son imprescindibles para establecerlo.

A continuación se detallarán más precisamente sus principales síntomas, siendo estos los siguientes:

Dolor abdominal: el dolor abdominal es de tipo cólico y varía en intensidad. Algunas personas notan que el estrés y la alimentación empeoran el dolor, y que la evacuación intestinal alivia el dolor.

Cambios en los hábitos intestinales: esto puede incluir diarrea, estreñimiento, o ambos.

Diarrea: Una persona con SII puede tener frecuentes deposiciones sueltas. Los movimientos de intestino por lo general ocurren durante el día, y la mayoría a menudo en la mañana o después de las comidas. La diarrea es a menudo precedida por una sensación de extrema urgencia y seguido de una sensación de incompleto vaciado. Cerca de la mitad de las personas con SII también cuenta secreción mucosa con la diarrea.

Estreñimiento: El estreñimiento puede ser intermitente y durar varios días. Las heces son a menudo difíciles y en forma de pellets. Es posible que uno no se sienta vacío después de una

evacuación, incluso cuando el recto se ha vació. Esta sensación incompleta puede llevar a hacer mucho esfuerzo y sentarse en el inodoro por períodos prolongados de tiempo.

Debido a que no hay una sola prueba de diagnóstico para el síndrome del intestino irritable, es pertinente la historia clínica, el examen físico, y una adecuada selección de pruebas (análisis de sangre, sigmoidoscopia, colonoscopia) como ayuda para descartar otras condiciones médicas.

Es crucial indagar en la historia clínica los siguientes aspectos:

» **Edad.** La edad del paciente es un factor primordial. La probabilidad de que un paciente con síntomas compatibles con un SII presente una dolencia orgánica aumenta a partir de los 50 años.

» **Sexo.** El sexo femenino comporta mayores probabilidades de que la causa de los síntomas obedezca a un SII, especialmente en el grupo de pacientes que consultan de forma reiterada por sus síntomas.

» **Antecedentes familiares.** La presencia de antecedentes familiares de cáncer de colon, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o enfermedad celíaca obliga a considerar firmemente cualquiera de estas patologías en el diagnóstico diferencial. De hecho cualquiera de estos antecedentes es considerado como un dato de “alarma”.

» **Síntomas característicos de SII.** Típicamente, los pacientes con SII refieren dolor o malestar abdominal que alivia con la defecación y trastornos en el patrón de evacuación. El dolor suele ser descrito como “retortijones” y de forma característica alivia con la deposición. Aunque su localización más frecuente es la parte baja del abdomen, no es inhabitual una localización difusa. A su vez, el enfermo con un SII refiere alteraciones en el ritmo intestinal y/o cambios en la forma de las deposiciones.

» **Síntomas de alarma.** La anamnesis debe incluir preguntas dirigidas a la búsqueda intencionada de cualquier semiología sospechosa de una causa orgánica del problema. Estos síntomas de alarma incluyen la pérdida de peso no explicable por otra causa, la fiebre y la presencia de sangre en las heces. Finalmente, debe considerarse que una patología orgánica puede aparecer también en cualquier paciente con un SII previo. En este contexto, el clínico debería estar atento a cualquier cambio en la naturaleza de los síntomas, especialmente si existen antecedentes familiares de cáncer de colon o de enfermedad inflamatoria intestinal.

2.2. Etiología

En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos por los que se produce el SII. No parece probable que una sola causa pueda ser el motivo de todas las molestias en un síndrome tan heterogéneo. Fermín Mearin y Miguel A. Montoro en "Síndrome del Intestino irritable" postulan como posibles causas alteraciones de la motilidad, fenómenos de hipersensibilidad visceral, factores psicológicos, mecanismos inflamatorios y una disfunción del eje cerebrointestinal, entre otros. Sin embargo, como se ha marcado anteriormente, la causa no está clara.

- **Motilidad**

Se han comunicado numerosas alteraciones de la motilidad en el SII incluyendo una aceleración del tránsito tanto en el intestino delgado como en el colon en el SII-D y un enlentecimiento de aquél en el SII-E.

A su vez, los pacientes con SII muestran contracciones intestinales intensas y anormalmente prolongadas, tanto en el íleon como en el colon (de ahí el término "intestino espástico", que a veces se ha utilizado para describir al SII) en respuesta a diversos estímulos exógenos. Estas contracciones enérgicas de los intestinos pueden causar graves calambres, proporcionando la razón de algunos de los tratamientos de SII, tales como antiespasmódicos y fibra (ambos de los cuales ayudan a regular las contracciones del colon). Estas alteraciones podrían explicar la aparición de síntomas después de las comidas o la exacerbación de aquellos en periodos de estrés.

La investigación, sin embargo, ha demostrado que las alteraciones descritas, no están presentes en todos los pacientes y que la correlación entre aquellas y la aparición de los síntomas es pobre.

- **Sensibilidad**

Numerosas evidencias han demostrado que algunos enfermos (no todos) con SII presentan una sensibilidad incrementada a ciertos estímulos, la llamada "Hiperalgia visceral". Esta teoría propone que los nervios de los intestinos son hiperactivos en las personas con síndrome de intestino irritable, de modo que una cantidad normal de gas o movimiento es percibida como excesiva y dolorosa. Las sensaciones abdominales son mediadas por vías aferentes activadas por estímulos que actúan sobre mecanorreceptores (detectan cambios producidos por la distensión), nociceptores mesentéricos (detectan estímulos dolorosos) y quimiorreceptores (detectan cambios en la osmolaridad, temperatura y pH). La información de estos receptores es transmitida al cerebro donde tiene lugar la percepción consciente. La hipersensibilidad puede presentarse en forma de hiperalgia (percepción incrementada del dolor ante un estímulo determinado, comparada con la población general), alodinia (el enfermo siente dolor ante un estímulo que en condiciones

normales no sería percibido como tal), hipervigilancia (exceso de atención a los estímulos nociceptivos), y exagerada percepción del dolor referido (percepción de dolor fuera de las regiones anatómicas habitualmente estimuladas).

- **Disfunción del eje cerebro intestinal**

La normalidad de la función gastrointestinal es el resultado de una adecuada coordinación entre los impulsos sensoriales procedentes del intestino y la respuesta motora del tubo digestivo. En ella juega un papel primordial la integración de estos mecanismos a nivel central y la intervención del sistema nervioso autónomo. El sistema nervioso central ejerce una actividad moduladora de todos estos mecanismos y, de hecho, puede modificar tanto la percepción sensorial, como la respuesta motora.

Algunos estudios han demostrado la existencia de fenómenos de disfunción autónoma (predominio de tono simpático en el SII-D y predominio de tono vagal en el SII-E) que persisten incluso durante el sueño, sugiriendo que se trata de un fenómeno intrínseco asociado a la enfermedad y no una consecuencia de la misma.

Estudios realizados con resonancia magnética cerebral o tomografía de positrones han puesto de manifiesto, por ejemplo, que la respuesta cerebral a los estímulos viscerales es muy distinta en los pacientes con SII, en comparación con personas sanas, incluyendo los aspectos emocionales y la respuesta autonómica a la distensión.

Se ha postulado igualmente que una anomalía en las concentraciones de neurotransmisores que regulan la función del sistema nervioso entérico podría desempeñar también un papel primordial en la patogénesis de los diferentes subtipos de SII. De hecho, la investigación en este campo ha hecho posible el desarrollo de agentes serotoninérgicos, que han demostrado su efectividad en formas graves de SII asociado a diarrea o estreñimiento, respectivamente.

Otras causas:

- **Genética**

Diversos estudios sugieren la existencia de una agregabilidad familiar en el SII en forma similar a lo que ocurre en otras enfermedades gastrointestinales como la enfermedad inflamatoria o la enfermedad celíaca. De hecho, estudios bien diseñados permiten concluir que los familiares de un paciente con SII presentan una probabilidad 2-3 veces mayor de presentar un trastorno similar y que el trastorno afecta también con mayor frecuencia a gemelos homo- y heterocigotos. Los

resultados de estos estudios sugieren que la contribución de la genética es razonablemente elevada en el SII.

- **Infecciones**

Algunas personas desarrollan el síndrome del intestino irritable después de una severa infección gastrointestinal (por ejemplo, Salmonella). Sin embargo no está claro cómo la infección desencadena el SII y la mayoría de las personas con síndrome de intestino irritable no tienen historial de este tipo de infecciones.

- **Intolerancia alimentaria**

Esta teoría ha sido difícil de demostrar, aunque sigue estudiándose. La mejor manera de detectar una asociación entre los síntomas de SII y sensibilidad a los alimentos es eliminar ciertos grupos de alimentos de forma sistemática (un proceso llamado una dieta de eliminación). Hay un número de alimentos que se sabe que producen, imitan o agravan los síntomas del síndrome del intestino irritable, como por ejemplo los productos con lactosa, legumbres y verduras crucíferas (tales como el brócoli, la coliflor las coles de Bruselas y repollo). Estos alimentos suelen aumentar el gas intestinal, pudiendo causar calambres.

2.2.1 Factores psicosociales

Existen claras evidencias de que los factores psicosociales pueden desempeñar un papel importante en cualquiera de los estadios de la historia natural de la enfermedad, pudiendo ser corresponsables de la predisposición, precipitación o perpetuación de los síntomas, así como del comportamiento del individuo ante la enfermedad. (Fermín Mearin, Miguel A. Montoro, 2012). Son numerosos los estudios que evidencian que los estresores sociales, la historia de abuso físico y/o sexual y otros factores psicológicos, como la personalidad y los trastornos psiquiátricos, desempeñan un papel importante en la manifestación del SII (Benasayag et al, 2004)

El SII además de ser considerado como una alteración funcional del intestino es visto igualmente como una alteración biopsicosocial, dado que en él interactúan diferentes factores como son los cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos. Los primeros incluyen el "comportamiento enfermizo" y "malas técnicas de adaptación a la enfermedad". Los emocionales en los que se incluye la ansiedad y la depresión son detectados entre un margen del 40 % a 60 % de los pacientes. Entre los conductuales se mencionan situaciones estresantes o traumáticas de la

historia comportamental del sujeto que pueden desencadenar el primer episodio de la enfermedad o producir la exacerbación de los síntomas. Por último, el factor fisiológico que comprende las alteraciones en la modulación del dolor como la hipersensibilidad visceral; esta ocurre frente a eventos fisiológicos gastrointestinales. De igual forma están las alteraciones autonómicas que provocan trastornos en la motilidad intestinal, alteraciones en la respuesta neuroendocrina al estrés y anormalidades en el ciclo del sueño (M González, M De Ascencao, 2005)

Aunque los criterios de Roma no requieren de la presencia de factores psicosociales para establecer el diagnóstico, numerosos estudios han demostrado que los pacientes con SII padecen con mayor frecuencia diversos trastornos psiquiátricos, incluyendo síndromes de ansiedad generalizada, pánico, neuroticismo, alteraciones del estado de ánimo (distimia, depresión) y diversos trastornos somatomorfos. Las personas con síndrome de intestino irritable que buscan ayuda médica son más propensas a sufrir de ansiedad y estrés que aquellos que no buscan ayuda. Se sabe que el estrés y la ansiedad afectan el intestino; por lo tanto, es probable que ambos empeoran los síntomas. En un estudio realizado por Drossman et al. (1988) (citado en Benasayag et al, 2004) en un grupo de pacientes con SII que requieren atención médica y otro grupo de sujetos afectados de SII que no necesitan de dicha atención, se observa que los primeros frecuentemente presentan exacerbaciones de su patología en situaciones de estrés y son los que visitan continuamente al médico sin hallar mejoría con la medicación; por el contrario, los sujetos con SII que no requieren atención médica presentan una actitud más positiva ante la enfermedad y una mayor estabilidad ante situaciones de estrés. Así, los autores concluyen que los rasgos psicológicos inicialmente asociados al SII no forman un patrón definido sino que se atribuyen a factores idiosincrásicos en cada caso. Esto condicionaría la forma de vivir y aceptar la enfermedad, y probablemente la respuesta a la medicación. De este modo, podríamos decir que un sector importante de los clínicos mantiene la opinión de que el trastorno es psicológico y subraya la importancia de los factores emocionales en la patogenia del SII.

Otra característica de los pacientes con SII es que a menudo relatan situaciones de estrés inmediatamente antes de que se instaure el trastorno. Algunos estudios sugieren también que es común encontrar personas que sufren de SII con historial de abuso físico, verbal o sexual. Al respecto, se ha acumulado en las últimas décadas una evidencia creciente acerca de una mayor prevalencia de maltratos y abusos sexuales tanto durante la infancia como a lo largo del resto de la vida, entre los pacientes con SII. Entre ellos se incluyen diversas formas de agresión verbal, exhibicionismo, acoso y violación, a las que también se le añaden los sentimientos de culpa y ocultación de los hechos por parte de las pacientes afectadas.

2.3 Tratamiento

Hay varios tratamientos y terapias disponibles para tratar el SII los cuales ayudan a aliviar los síntomas, pero no curan la condición. La naturaleza crónica del síndrome del intestino irritable y el desafío de controlar sus síntomas puede ser frustrante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. (Benasayag, R.et. al 2004).

Para los pacientes en quienes se ha descartado una dolencia orgánica, el tratamiento puede variar en dependencia de varios factores: 1) la frecuencia e intensidad de los síntomas; 2) la preocupación que suscitan en el enfermo; 3) la repercusión sobre la calidad de vida; 4) el tipo de síntoma predominante y 5) la posible existencia de trastornos psicológicos concomitantes. Todas estas variables influyen en las decisiones terapéuticas. Algunos pacientes pueden beneficiarse de medidas terapéuticas sencillas, incluyendo consejos dietéticos o cambios en el estilo de vida. Otros pacientes requerirán tratamiento farmacológico para atenuar la intensidad de los síntomas en periodos de exacerbación. Finalmente, algunos pacientes requerirán un tratamiento psiquiátrico (Fermín Mearin y Miguel A. Montoro, 2012)

- › › **Dieta.** Proporcionar al paciente un diario de síntomas, puede ayudar a identificar qué alimentos pueden estar ejerciendo una influencia negativa en un paciente concreto. Intervenir sobre la dieta puede resultar clave cuando el origen de los síntomas guarda relación con una intolerancia a la lactosa o la fructosa o una “sensibilidad al gluten” Otros pacientes refieren una clara mejoría al excluir algunos alimentos que favorecen la producción de gas (cebollas, apio, zanahorias, pasas, plátanos, albaricoques, ciruelas, coles de Bruselas, galletas y panecillos). El aporte de fibra puede ser beneficioso en algunos pacientes con SII-E. En estos casos, la evidencia apoya más el empleo de suplementos de fibra soluble.
- › › **Estilo de vida.** Algunos pacientes pueden obtener un beneficio tangible, adquiriendo hábitos saludables como el ejercicio físico regular o el hecho de dedicar un tiempo por las mañanas para realizar la evacuación, momento en el que el reflejo gastroentérico es más intenso (en los casos de estreñimiento).
- › › **Tratamiento farmacológico.** La elección entre estos medicamentos depende en parte de si el paciente tiene diarrea, estreñimiento o síndrome del intestino irritable con predominio de dolor. Como regla general, los medicamentos se reservan para las personas cuyos síntomas no han

respondido adecuadamente a medidas más conservadoras como los cambios en la dieta y los suplementos de fibra. Los fármacos utilizados pueden ser:

- Antiespasmódicos: La participación del músculo liso en la patogénesis de los síntomas del SII ha conducido al empleo de agentes con propiedades relajantes del músculo liso con la intención de obtener alivio del dolor espasmódico que caracteriza a la enfermedad.
- Antidiarreicos
- Alosetron: bloquea una hormona que participa en contracciones intestinales y sensaciones.
- Lubiproston: está disponible para el tratamiento de estreñimiento grave y síndrome del intestino irritable en mujeres mayores de 18 años que no han respondido a otros tratamientos. Su función es aumentar la secreción de fluidos intestinales.
- Psicofármacos: el uso de psicofármacos comporta numerosos beneficios potenciales inherentes a sus propiedades reguladoras tanto a nivel central, como periférico. Su empleo ha sido suficientemente testado en ensayos clínicos y el resultado de metaanálisis sugiere que el riesgo de persistencia de los síntomas tras el empleo de antidepresivos disminuye de forma significativa apreciando, a su vez, unas tasas de cumplimiento terapéutico superiores al obtenido con otros fármacos. A su vez, se ha comunicado recientemente que el empleo de antidepresivos (y posiblemente de la intervención psicológica) puede atenuar los efectos de la neuroplasticidad (pérdida neuronal atribuida a un trauma psíquico), mejorando la neurogénesis (capacidad de regenerar las neuronas), contribuyendo de forma determinante a la recuperación del bienestar psicológico.

Antidepresivos: Muchos agentes tricíclicos (ATC) producen un alivio del dolor en personas con síndrome de intestino irritable. La dosis de los ATC es típicamente mucho menor que la utilizada para el tratamiento de la depresión. Se cree que estos medicamentos reducen la percepción del dolor cuando se usa en dosis bajas, aunque se desconoce el mecanismo exacto de su beneficio. Los tricíclicos más comúnmente utilizados para el tratamiento del dolor incluyen amitriptilina, imipramina, desipramina y nortriptilina. Otra clase de antidepresivos, son los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Recientes observaciones han identificado una actividad serotoninérgica anómala en el SII (incremento de la actividad serotoninérgica en el SII-D y descenso de la actividad en el SII-C). Hay receptores de serotonina que resultan clínicamente relevantes para la función intestinal. Por ejemplo, los antagonistas de los receptores 5-HT₃ causan un enlentecimiento del tránsito y de la secreción intestinal, a la vez que disminuyen el tono y tránsito cólicos. En contraste, los agonistas de los receptores HT₄ son capaces de acelerar el vaciamiento

gástrico, mejorar la acomodación del fundus, acelerar el tránsito del intestino delgado y del colon y posiblemente disminuir la sensibilidad visceral.

En pacientes que presentan ansiedad, pudiendo esta empeorar los síntomas del SII. Se pueden recetar ansiolíticos como : diazepam, lorazepam, y el clonazepam.

Es importante también que el tratamiento de un paciente con SII incluya la consideración de cualquier factor psicosocial que pueda estar modulando la percepción sintomática, de hecho, el estrés y la ansiedad pueden empeorar el SII en algunas personas. El mejor enfoque para reducir el estrés y la ansiedad depende de la situación y la gravedad de sus síntomas. Determinados pacientes con síntomas graves pueden beneficiarse de terapias cognitivo-conductuales o psicodinámicas, *biofeedback* e incluso hipnosis, especialmente cuando logran identificarse acontecimientos estresantes y/o niveles elevados de ansiedad o neurosis. La hipnosis es un estado de conciencia alterado que permite enfocarse lejos de la ansiedad o el estrés. La terapia cognitiva conductual le ayuda a centrarse en un problema particular en un período de tiempo limitado. Se aprende cómo sus pensamientos contribuyen a la ansiedad o el estrés y aprender a cambiar estos pensamientos (Fermín Mearin, Miguel A. Montoro, 2012)

Capítulo II

“Estrés”

1. Estrés

Como ya lo mencionó el psicólogo Richard Lazarus en su libro “Estrés y Emoción: manejos e implicaciones en nuestra salud” (1999, 39): “el término estrés se ha convertido en una palabra de uso cotidiano, y a diario, nos vemos inundados por mensajes sobre la forma de prevenirlo, eliminarlo, manejarlo o vivir con él” Pese a que este señalamiento fue realizado varios años atrás perfectamente puede aplicarse a nuestra actualidad. El estrés está en boca de todos, una gran cantidad de personas se sienten víctimas de él, y a menudo se lo adjudica como el principal responsable de muchos de los trastornos y complicaciones que viven las personas en torno a su salud, pero ¿De dónde surge este popular concepto?

Según el diccionario de la Real Academia Española (2014) es estrés es un estado de tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. Etimológicamente el término proviene del inglés *stress* (énfasis, presión) y este a su vez del latín *strictus* (estricto). El término como tal fue utilizado por primera vez como *stresses* en el año 1935 por el fisiólogo estadounidense Walter B. Cannon (1871- 1945), y posteriormente fue ampliado en 1950 por el médico austrohúngaro Hans Selye (1907-1982), ambos autores se refirieron al término como la idea de un estado de homeostasis amenazada o en peligro de perderse.

Lazarus (1999) realiza un recorrido histórico donde señala que el término “estrés” hace su aparición luego de las dos guerras mundiales, especialmente luego de la segunda, a raíz del considerable porcentaje de soldados que desarrollaron síntomas de ansiedad, angustia y trastornos mentales severos. Durante la primera guerra mundial era común que los soldados experimentaran los denominados “shock a las granadas”, que era como se denominaban a las crisis emocionales inducidas por el combate, que erróneamente se atribuían a los efectos cerebrales de los ruidos de las explosiones. El factor psicológico hizo su aparición por primera vez en la segunda guerra mundial, donde los trastornos emocionales inducidos por el combate pasaron a llamarse neurosis de guerra o fatiga de batalla, lo que posteriormente se daría a conocer como estrés post traumático. Independientemente de si la causa de los síntomas es externa o interna según las diversas concepciones de la época, finalmente se concluye que los problemas emocionales son el resultado del estrés.

Otro giro importante fue que a partir de la última guerra mundial el estrés también se convirtió en competencia de cualquiera, no solo los soldados. El estrés pasó a ser un problema tanto

en tiempo de paz como de guerra; se producía en el puesto de trabajo, en el hogar, en la escuela, en efecto, en cualquier lugar donde las personas trabajen en equipo o tengan relaciones estrechas. Nadie podía librarse del estrés y todos debíamos a prender a manejarlo.

Para poder comprender la definición de estrés que toma esta investigación es necesario resaltar que el estrés psicológico no solo se halla en el entorno ni es consecuencia exclusiva de las características de personalidad, sino que depende de un tipo particular de relación persona-medio. De este modo Lazarus y Folkman (1986, 43) definen el concepto de estrés refiriéndose a las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. Señalando que: “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amanzánate o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

De este modo al definir lo que es estrés nos encontramos con un concepto multidimensional que abarca:

- 1) los inputs o estímulos de stress
- 2) los sistemas de procesamiento incluyendo las experiencias subjetivas del stress
- 3) la respuesta al stress.

Se pueden agregar las experiencias y atribuciones generadas en el individuo por los estímulos sensoriales de la respuesta al stress, denominada por Lazarus como “valoración” la cual desarrollaremos más adelante. Todos estos componentes interactúan entre sí.

Esta investigación tiene como propósito medir el estrés percibido en pacientes con síndrome del intestino irritable, el cual según Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) es el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas, es decir, es el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar. Es por esta percepción subjetiva que las características de la respuesta guardan una relación importante con aspectos individuales, sociales y culturales que dan un aspecto particular a la experiencia percibida de cada persona

1.1 Estrés y enfermedad

En líneas generales se define al estrés como un estado de desarmonía o de homeostasis amenazada. Sin embargo la respuesta adaptativa a las fuerzas desorganizantes puede en si misma hacer al estresor capaz de producir cambios patológicos (Centeno, N, 2016)

Actualmente, el estrés se considera un factor de riesgo para la salud. Diversos estudios ponen de manifiesto que personas sometidas a altos niveles de estrés presentan mayor número de quejas, tanto en el nivel físico como psicológico. (Peralta-Ramírez, M. I; Robles-Ortega, H; Navarrete-Navarrete, N & Jiménez-Alonso, J, 2009)

La postura de la generalidad es, como propone Seyle (1956/1976 en Lazarus 1999, 269) que el estrés de cualquier tipo aumenta la susceptibilidad a todas las enfermedades. Si este es el caso, un posible mecanismo para explicar las diferencias individuales en los patrones de enfermedad es la existencia de sistemas orgánicos vulnerables. Sobre esta afirmación Lazarus (1999, 269) se pregunta “¿Cómo puede afectar el estrés, las emociones y el manejo sobre la salud?” Sobre esta pregunta se desprenden dos afirmaciones:

- El estrés afecta a la salud alterando la neuroquímica del organismo
- El estrés genera transacciones peligrosas y perjudiciales con las condiciones ambientales

Así, podemos afirmar que los estresores son fuerzas perturbadoras que amenazan la homeostasis y las respuestas adaptativas incluyen reacciones físicas y/o mentales que intentan contraactuar a los efectos de los estresores. El estado de equilibrio requerido para una adaptación exitosa frente a fuerzas amenazantes desorganizantes intrínsecas o extrínsecas, es mantenido por fuerzas contrapuestas de re-equilibrio que consisten en un complejo repertorio de respuestas celulares moleculares fisiológicas y comportamentales.

Las afecciones que produce el estrés, según Cox (1978; Pérez, 2001; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) se pueden agrupar en 6 categorías:

Efectos subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, sentimientos de culpa, vergüenza, irritabilidad, mal genio, tristeza, baja autoestima, tensión, nerviosismo, soledad.

Efectos cognitivos: incapacidad de tomar decisiones, incapacidad de concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica, bloqueos mentales.

Efectos sobre la salud: asma, amenorrea, dolor de espalda y pecho, trastornos coronarios, diarrea, mareos y desvanecimientos, trastornos gástricos, poliuria, cefaleas y migrañas, trastornos neuróticos, pesadillas, insomnio, psicosis, trastornos psicósomáticos, diabetes, sarpullidos y picores en la piel, pérdida de interés sexual, debilidad.

Efectos conductuales: predisposición a accidentes, consumo de drogas, explosiones emocionales, comer en exceso, falta de apetito, beber y fumar en exceso, excitabilidad, conductas impulsivas, alteraciones en el habla, risas nerviosas, incapacidad para descansar, temblores.

Efectos fisiológicos: aumento en los niveles de catecolaminas en sangre y orina, aumento de corticosteroides en sangre y orina, incremento en los niveles de azúcar en sangre, aumento de ritmo cardíaco, elevación de la presión arterial, sequedad en la boca, sudoración intensa, dilatación pupilar, dificultades para respirar, períodos de calor o frío, “nudo en la garganta”, adormecimiento y hormigueo en los miembros.

Efectos en las organizaciones: absentismo, relaciones laborales pobres, mala productividad, altas tasas de accidentes, altas tasas de cambio de trabajo, mal clima en la organización, antagonismo con el trabajo, falta de satisfacción con el desempeño del empleo.

Lo expuesto anteriormente nos permite establecer claramente que el impacto negativo del estrés en la salud física y mental del individuo propicia el desarrollo de un significativo número de enfermedades de carácter sistémico como por ejemplo, la inflamación crónica, la artritis reumatoidea, fibromialgia, fatiga suprarrenal, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2, obesidad, síndrome metabólico, asma, cáncer, depresión, y otras enfermedades inmunosupresoras (Moscoso, 2009).

Es importante destacar que el estrés en su justa medida es necesario para la supervivencia del individuo e intrínsecamente no es algo desadaptativo ni perjudicial. Por el contrario el mismo es una función normal del organismo, que se torna peligroso en cuestión de tiempo o intensidad. Lazarus (1999) afirmó:

“La vida sería aburrida e insatisfactoria sin cierto grado de estrés, y el aburrimiento también es estresante. Además, se necesita experimentar cierto grado de estrés para habituarnos a manejar con efectividad las amenazas, daños y pérdidas inevitables características de la vida” (P.268)

A su vez Pereira (2009) sostiene que:

“Todas las personas necesitan aprender a prevenir y controlar el estrés. Quien no lo hace, puede poner en peligro su salud y su tranquilidad, mientras que quien conoce y pone en práctica acciones adecuadas para prevenirlo y afrontarlo puede disfrutar de un estilo de vida más sano y más satisfactorio” (P.171)

En otras palabras, bajo ciertas condiciones el estrés conduce a las personas a crecer.

El manejo puede reducir las reacciones de estrés, algunas veces mediante acciones que cambian la relación real entre la persona y el medio (manejo centrado en el problema) y algunas veces cambiando meramente el significado de dicha relación (manejo centrado en la emoción) (Lazarus, 1999). El concepto de manejo es lo que después se dará a conocer como “afrontamiento”, término que será desarrollado en profundidad más adelante.

2. Teorías del estrés

2.1 Teorías que entienden al estrés como respuesta

El científico húngaro Hans Selye investigó y popularizó el concepto de estrés, destacando su relación con las enfermedades físicas, instruyendo al público acerca de la importancia del mismo. Su postura original partía de la base de que el estrés era un estímulo, centrándose en las condiciones medioambientales que lo producían. En la década de 1950, Selye empezó a utilizar el término para referirse a una respuesta desarrollada por el organismo. Para distinguir ambos elementos, utilizó el término estresor para referirse al estímulo y estrés para designar la respuesta. El agente desencadenante del estrés (estresor) atenta contra la homeostasis del organismo (es nocivo para su equilibrio). (Lauría Blanco, 2010)

Selye (1939, citado en Lazarus y Folkman 1984, 26) utilizó el término estrés en un sentido técnico muy especial, definiendo con él: “un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo”; reacción que él denominó Síndrome General de Adaptación (SAG). Desde esta concepción, en efecto, el estrés no era una demanda ambiental sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a la demanda.

Selye propuso que el iniciador del SAG podía ser tanto psicológico como físico. Es decir, este complejo sistema de defensa puede ser generado por las amenazas o daños psicológicos así como por los agentes fisiológicamente nocivos.

La activación normal tiene varias fases, de este modo al mencionado Síndrome General de Adaptación Hans Selye lo clasifica en tres estadios:

1. La primera etapa es denominada como Reacción de Alarma, la cual es despertada cuando el organismo percibe estresores y no se encuentra adaptado o preparado a ellos. Entonces una reacción del organismo sería de choque, seguido por una lucha que tiende a eliminar el estímulo o bien una fuga (por medio del miedo o ansiedad).

2. La segunda etapa se denomina de Resistencia o Adaptación, en donde el organismo sobrevivió a esa exposición estresante y entonces aumenta la resistencia para mantener una homeostasis o un equilibrio frente al elemento estresor. Al caer el estímulo estresante hay una vuelta a la normalidad; y si el estímulo no cesa y pasa a ser una exigencia para el organismo persistiendo, entonces estaríamos en la tercera etapa, la de agotamiento.

3. En la etapa de Agotamiento ya las reservas del organismo están exhaustas. Ya que si es el estrés es suficientemente grave o continua durante suficientemente tiempo, los recursos orgánicos dejan de responder.

Harold H. Wolff (1953, citado en Lazurs y Folkman, 1984) quien escribió sobre estrés y enfermedad también concibió al estrés como una reacción del organismo acosado por las demandas del entorno y los agentes nocivos. Él mismo dijo al respecto:

“He utilizado la palabra (estrés) en biología, para indicar aquel estado que se produce en un ser viviente, como resultado de la interacción del organismo con estímulos o circunstancias nocivas: es un estado dinámico del organismo, no un estímulo, ataque, carga, símbolo, peso, ni aspecto alguno del entorno interno, externo social o de cualquier otra clase” (P.27)

2.2 Teorías que entienden al estrés como estímulo

Tradicionalmente la definición de estrés más comúnmente adoptada por los psicólogos es que se trata de un estímulo. Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que se topa el sujeto.

Estos modelos interpretan y entienden al estrés en relación a las características de los estímulos del ambiente, los cuales pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. A diferencia de la perspectiva anterior, el estrés se coloca fuera del individuo (es una variable independiente) y los efectos producidos por el estrés son los que recaen sobre la persona.

La tolerancia al estrés (como fuerza externa) puede variar de una persona a otra. Cuando la estimulación excede los límites personales, se vuelve intolerable y se producen daños fisiológicos y/o psicológicos. (Lauría Blanco, 2010)

Lazarus y Cohen (1997, citados en Lazarus, 1984, 36) hablan de tres tipos de acontecimientos que se pueden considerar, según el término de Seyle, “estresores”. Los mismos son:

- Cambios mayores (aquellos que afectan a la mayoría de las personas, como cataclismos, guerras)
- Cambios mayores que afectan solo a una persona o a unas pocas
- Ajetreos diarios (excesivas responsabilidades, sentirse solo, reñir con alguien, etc)

Lazarus (1999) considera que equiparar los estímulos ambientales generadores de estrés con las catástrofes o cambios mayores, es aceptar una definición muy limitada del estrés. El mismo afirma que la vida está llena de experiencias estresantes mucho menos dramática que surgen como consecuencia de los respectivos lugares que ocupamos en la vida, los recientemente señalados como “ajetreos diarios”. De este modo diversos autores (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman y Lazarus, 1982 en Lazarus, 1984,37) concluyen esta mirada señalando que “aunque las molestias que sufrimos a diario sean mucho menos dramáticas que los cambios mayores, como el divorcio o fallecimiento de un familiar, pueden ser incluso más importantes que estos en el proceso de adaptación y conservación de la salud”

Holmes y Rahe (1967, citados en Lazarus, 1999, 63) diseñaron la Escala de Valoración de Reajuste Social, una de las primeras escalas modernas para medir el estrés. El enfoque fue diseñado para identificar los cambios vitales comunes, a los que denominaron *sucesos vitales* sobre la base de la cantidad de esfuerzo presumible para manejarlos.

Holmes y Rahe pidieron a una muestra de diversos tipos de personas de diferentes países que valoraran el grado de reajuste que requerían diversos acontecimientos vitales. Los resultados configuraron la base de la escala anteriormente mencionada. El suceso más altamente valorado fue la muerte de un cónyuge, seguido por el divorcio, condenas judiciales, etc. Concluyendo con sucesos cuya valoración fue relativamente baja, como la solicitud de una hipoteca, casarse o irse de vacaciones.

Es importante destacar que aunque no favorecieron al término estrés, la concepción original de Holmes y Rahe había sido que cualquier cambio, tanto positivo como negativo, era estresante porque los cambios conllevan demanda de adaptación

2.3 Teorías que entienden al estrés como una interacción

El principal exponente de la perspectiva interaccional es R. Lazarus junto con S. Folkman (1966-1986); ambos buscaron maximizar el valor de los factores psicológicos (principalmente los cognitivos) considerándolos como mediadores entre los estímulos o estresores y las respuestas de estrés; es decir, el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno (Lauria Banco, 2010). Ambos consideraban que las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en su interpretación y reacción ante los mismos.

Como se señaló en las conceptualizaciones sobre las teorías que entienden al estrés como respuesta, podemos ver que Seyle ayudó a comprender el funcionamiento del estrés psicológico solo en el modo en que afecta al organismo. El estrés como proceso biológico que él proponía podría decir que ofrece una interesante analogía con el proceso psicológico que más tarde llamaremos “enfrentamiento”, en el que el individuo se esfuerza por hacer frente al estrés psicológico (Lazarus, Folkman, 1984). Sin embargo Lazarus (1999, 59) señaló que el problema más complejo, consiste en especificar que es psicológicamente nocivo, es decir, identificar las reglas que determinan que un suceso psicológico sea estresante, y por lo tanto produzca la reacción de estrés.

En el estrés psicológico se añade la complicación relacionada con la valoración de daño psicológico, es decir, el perjuicio, amenaza o desafío. Al ser estos procesos subjetivos las personas difieren en el modo en que efectúan estas las evaluaciones. De este modo a diferencia del SAG de Seyle lo que sucede en el ámbito psicológico es que al tratar el organismo de defenderse interviene la mente, el pensamiento, juzgando a la situación como amenazante o no y evaluando la disponibilidad de opciones de manejo de dicha situación.

Esta misma propuesta podría aplicarse para cuestionar a aquellas teorías que entienden al estrés como un estímulo, ya que la variabilidad de respuesta a los denominados “sucesos vitales estresantes” se consideran normativamente estresantes en base a las respuestas emitidas con mayor frecuencia, que lejos se encuentran de ser universales. No se toman en cuenta las características del individuo que provocan tanto diversas vulnerabilidades al estrés, como que un suceso considerado

como normativamente estresante lo sea para algunos sujetos y para otros no. Estas características individuales tienen que ver con el significado y fuerza que un sujeto realiza de un estímulo, con lo que la definición de estrés ya no quedaría ligada a un estímulo sino que se hace relativa. (Lazarus, R y Folkman, S, 1984)

De este modo, Lazarus y Folkman (1984) consideran la cuestión del estrés a través del análisis de los dos procesos críticos que tienen lugar en la relación individuo entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento. La evaluación cognitiva como proceso evaluativo que determina porqué y hasta qué punto una reacción determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Afrontamiento como el proceso a través del cual el sujeto maneja las demandas de la relación individuo- ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera.

De esta manera, para poder entender las diferencias observadas en la respuesta ante situaciones similares, debemos tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación. Como el término “estrés” implica aspectos emocionales y estos dependen de aspectos psicológicos de percepción individual, no hay razón para esperar una relación lineal entre estímulos impuestos y respuestas provocadas.

Como se señaló al inicio del capítulo, esta investigación toma como base para su desarrollo a esta teoría, ya que centra a las estrategias de afrontamiento del estrés como los posibles mediadores entre la salud y enfermedad de los individuos que padecen SII.

3. Modelo cognitivo del estrés

Como se señaló recientemente, Lazarus (1999) llegó al convencimiento de que la principal fuente de variación en la activación del estrés y su influencia sobre el funcionamiento humano es el modo en que el individuo evalúa subjetivamente lo que está sucediendo. En su obra de 1984 realizada junto a Folkman cita al filósofo estoico Epiceto quien casi dos mil años antes habría afirmado “El hombre no se ve distorsionado por los acontecimientos sino por la visión que tiene de ellos” (p.49)

La importancia de la evaluación del estímulo más que el estímulo en sí mismo es un tema clave de investigación en estrés hoy. La razón de la falta de linealidad entre la entrada del estímulo y lo que ocurre dentro del organismo es que el estímulo es evaluado o filtrado antes de que acceda a algún sistema de respuesta. Los más importantes filtros son la evaluación de la amenaza

potencial (evaluación primaria) y la evaluación de la eficiencia de las respuestas disponibles (evaluación secundaria). Ambos “filtros” serán desarrollados detalladamente a continuación

Lazarus (1966, en Lazarus 1999, 70) en su primer monográfico sobre estrés y manejo formula una teoría del estrés psicológico que se basaba en la valoración, concepto que se convertiría en una pieza clave en su teoría sobre estrés psicológico. El acto de valorar para Lazarus es entendido como una serie de acciones cognitivas, un proceso ejecutado por un individuo, que puede o no puede haber sido consiente al hacerlo. Esta teoría se inclinaba hacia el enfoque subjetivo, el cual confiaba en la idea de que el estrés y la emoción dependen del modo en que el individuo (evalúa) valora las transacciones con el entorno. De este modo toma cuenta que el estrés estaba vinculado al significado personal de lo que estaba sucediendo para la persona, a lo cual denominó como significado racional.

A raíz de esta teoría los enfoques con una orientación cognitiva subrayan que el estrés surge a partir de la evaluación cognitiva que la persona realiza tomando en cuenta tanto aspectos internos como aquellos propios del ambiente. De acuerdo con Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (1986, citados en Pererira, 2009, 173) el estrés se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar. Se presentan de esta manera dos procesos: una valoración cognitiva del acontecimiento y un proceso de afrontamiento. En el primero, la persona valora si la situación puede dañarla o beneficiarla, es decir, cuánto y cómo repercute en su autoestima. En el segundo, estima lo que puede hacer o no para enfrentar la situación, para prevenir un daño o mejorar sus perspectivas.

Como se ilustró anteriormente el acto primario de valoración se refiere a si lo que sucede es relevante para los propios valores, compromisos relativos a los objetivos, creencias sobre el self, el mundo e intenciones situacionales. De este modo el sujeto se hace preguntas como “¿Tengo algún objetivo en juego o está alguno de mis valores nucleares comprometido o amenazado?” Y en caso afirmativo, “¿Qué podría pasar?” Si la respuesta a la pregunta primaria es “no”, no hay nada más que examinar y no se producirá estrés, esta clase de evaluación primaria se denomina “irrelevante” Por este motivo Mandler (1984, en Lazarus, 1999, 87) señaló que sin nada en juego para el propio bienestar en una transacción determinada, no se producirán ni el estrés ni las emociones.

Si, por el contrario, el sujeto realiza una evaluación primaria estresante, es decir, valora la situación como productora de estrés, las alternativas transaccionales son daño/perdida, amenaza o desafío, las cuales pueden aparecer también combinadas, El daño/perdida consiste en algún

perjuicio que ya se haya producido. La amenaza es la posibilidad de tal perjuicio en un futuro, y en el desafío la persona se siente desafiada y lucha con entusiasmo contra los obstáculos. (Lazarus, 1999).

Otra clase de evaluación primaria es la denominada como benigno- positiva, la cual tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran. Tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras como alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad.

El acto secundario de valoración se refiere al proceso cognitivo-evaluador que se centra en lo que puede hacer la persona sobre la relación estresante persona-medio, especialmente cuando se ha producido una valoración primaria de daño, amenaza o desafío. Esta valoración no es más que una evaluación de las opciones de manejo que la persona posee para hacer frente a la situación vivenciada como estresante. Cuanto más seguros estemos de nuestra capacidad para superar los obstáculos y peligros, más probables que seamos desafiados que amenazados y viceversa, la sensación de inadecuación promueve la amenaza.

En la evaluación secundaria se realiza un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera (expectativa de resultado) así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva (expectativa de eficacia).

Las evaluaciones primarias y secundarias interactúan entre sí determinando el grado de estrés, la intensidad y calidad de la respuesta emocional. De este modo si las consecuencias de una determinada confrontación son importantes para un individuo la impotencia puede llegar a desbordarlo, aun cuando el sujeto piense que tiene un poder de control considerable para tal confrontación. Es por esto que independientemente de cómo se definan o conceptualicen los procesos de evaluación y de afrontamiento, su importancia principal radica en que ambos influyen en la adaptación. Las clases básicas de resultados aparecen en el ámbito del trabajo y de la vida social, en el de la satisfacción moral o vital y en el de la salud del organismo. Dicho de manera simple, la calidad de vida y lo que entendemos por salud mental y física van ligadas a las formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida (Lazarus, R y Folkman, S 1984)

3.1 Otros modelos

3.1.1 Eustrés y distres

En el pasado, el estrés era contemplado como un concepto unidimensional, solamente análogo al arousal o activación (Duffy, 1962 citado en Lazarus, 1999, 44). Sin embargo, hubo un esfuerzo inicial por dividir el estrés en tipos. Uno de estos esfuerzos fue del ya antes mencionado científico Hans Seyle (1947, citado en Lazarus, 1999, 47) el cuál sugería dos tipos: *Distrés* (dolor, angustia) y *eustrés*. El primero es un tipo destructivo, ilustrado por la ira y la agresión y se dice que es perjudicial para la salud. El *eustrés* es de tipo cognitivo, ilustrado por emociones asociadas con la preocupación empática para los demás y con los esfuerzos positivos que beneficiarían a la comunidad y se dice que es compatible o que protege la salud del individuo. De este modo vemos como el Seyle expone al *distrés* como destructivo y al *eustrés* como constructivo.

Kerman (1981, en Hoffman, 2008, 24) presenta al *Eustrés* y al *Distrés* divididos por su intensidad, en tres áreas para cada tipo:

- AREA I: Insuficiente *eustrés*: se refiere a una estimulación inferior a los mínimos requerimientos para una vida interesante y divertida. No hay crecimiento personal en destrezas, rendimiento físico o intelectual.
- AREA II: Márgenes óptimos de *eustrés*: se mantienen dentro de los límites fisiológicos del organismo.
- AREA III: excesivo *eustrés*: actividades placenteras interesantes o excitantes pero agotadoras o peligrosas.
- AREA IV: bajo *distrés*: la estimulación o exigencia es escasa o muy simple, en contextos desagradables.
- AREA V: *distrés* tolerable: situaciones y estímulos displacenteros, tareas superiores a la capacidad, plazos insuficientes, ambientes sociales tóxicos, roles ambiguos.
- AREA VI: *distrés* intolerable: conduce a la fase de agotamiento, con afecciones graves, mentales, conductas antisociales, muerte por lesiones, temperaturas extremas.

3.1.2 Modelos Integradores Multimodales

Estos modelos consideran al estrés como una transacción entre la persona y el ambiente, a la vez que otorgan importancia a los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas de las personas en estos distintos niveles de análisis. (Lauría Blanco, 2010)

Un ejemplo de estos modelos es el de Sandín (Belloch, Sandín y Ramos, 1995; Oblitas Guadalupe, 2004) que incluye los distintos componentes recientemente mencionados, aunque de forma esquemática. Su modelo abarca 7 etapas en las cuales se incluyen otros principios:

1. Demandas Psicosociales: comprenden lo que se denominó “estrés psicosocial” o estresores ambientales. Incluye, no solo los factores psicosociales, sino también los agentes ambientales naturales (por ejemplo, radiación, electricidad atmosférica, frío, calor, etc.) y artificiales (ruido, contaminación atmosférica, etc.). El abordaje se realiza en función de dos tipos de demandas: los sucesos vitales y el estrés diario. La propiedad definitoria de esos sucesos vitales es el cambio, es decir, su potencial estresante está en función de la cantidad de cambio que conlleva.
2. Evaluación Cognitiva: incluye la evaluación primaria, secundaria y la reevaluación. Los sucesos vitales y los acontecimientos diarios (o sucesos menores) ejercen demandas sobre el organismo que son valoradas por éste; dependiendo de cómo sea esta valoración se producirá o no la respuesta de estrés. Esta ocurrirá únicamente si la persona percibe que el suceso supera o grava sus recursos (afrontamiento, apoyo social, etc.) (Lazarus y Folkman, 1984).
3. Respuesta de estrés: abarca las respuestas fisiológicas (tanto las neuroendocrinas como las del SNA) y las respuestas psicológicas (emocionales, cognitivas y conductuales).
4. Estrategias de afrontamiento (coping): aquí se hace alusión a las conductas que realizará el individuo para reducir las respuestas psicofisiológicas, es decir los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea la persona para manejar las demandas externas e internas valoradas como desbordantes, así como para suprimir el estado emocional del distrés. Estas cuatro fases interactúan constantemente en un proceso dinámico.

5. Variables disposicionales: ejercen su influencia sobre las cuatro etapas anteriores; algunas son: la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, los factores demográficos (edad, sexo, etc.) y las variables personales relativamente estables, pues posiblemente estas puedan explicar las diferencias individuales en las reacciones. Algunas relaciones entre estas y trastornos asociados con el estrés se pueden dar por (Sandín, Belloch y Ramos, 1995):
6. Apoyo Social: se ha asociado como factor que puede amortiguar el efecto de las demandas estresantes sobre la respuesta de estrés. Implica la disponibilidad de personas de confianza, lazos sociales, presencia de personas con las que se ha construido vínculos significativos, redes sociales, apoyo personal. Es importante poder reconocer elementos primarios como: la dirección del apoyo (según sea aportado, recibido o ambas), la disposición (referida a la disponibilidad en cantidad y calidad, utilización real del recurso), debe poder ser evaluado y descrito tanto en su naturaleza como en su cualidad, los contenidos (emocional, instrumental, informativo o valorativo) y las redes sociales que constituyen la fuente del apoyo
7. Estado de Salud: si bien esta etapa depende de las anteriores, más que una etapa es un resultado. Está relacionado con el desarrollo de conductas nocivas o protectoras de la salud. Por ejemplo, una afrontamiento inapropiado (fumar, aislamiento, reducción del ejercicio físico, etc.) puede ser nocivo para la salud.

En relación a este modelo, Sandín (1995, citado en Lauría Blanco, 2010) aclara que es solo un esquema con fines didácticos, no es exhaustivo, “es un modelo dinámico y comprensivo, que implica interrelaciones entre los distintos componentes del concepto de estrés, y que posee valor heurístico para estimular nuevos trabajos sobre la psicopatología del estrés”.

4. Estrés y ansiedad

Como se ha desarrollado anteriormente el síndrome del intestino irritable además de ser considerado como una alteración funcional del intestino es visto igualmente como una alteración biopsicosocial, dado que en él interactúan diferentes factores como son los cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos. Dentro de los factores emocionales se incluye la ansiedad y la depresión, los cuales son detectados entre un margen del 40 % a 60 % de los pacientes. La ansiedad en el caso de los pacientes con SII por su parte, puede ser considerada como un factor de riesgo en tanto pueda distorsionar la conducta del paciente, su relación con el personal médico,

con su propia familia, e incluso influir negativamente en el cumplimiento de las prescripciones médicas (Chakraborti et al., 1996 citado en Vinaccia, , Fernández, Amador, Tamayo, Vásquez, Contreras, Tobon y Sandin 2005)

Diversos estudios señalan que la presencia de alteraciones psicológicas como fobias, conductas de ansiedad o depresión entre estos pacientes se presentan con mayor frecuencia que en la población general y que los pacientes con enfermedad digestiva orgánica (Drossman et al., 1993; Drossman, 1995 citado en Vinaccia et al. 2005) En una de estas investigaciones, realizada por los autores anteriormente citados, se buscó evaluar la calidad de vida, ansiedad y depresión en 73 personas diagnosticadas con Síndrome de Colon Irritable (SCI) y observar si existe relación entre estas variables. Dada la correlación positiva hallada entre ellas, se pudo determinar una importante relación entre la ansiedad y la depresión con la calidad de vida afectada de los pacientes con SII. Estos pacientes puntuaron más alto en ansiedad que en depresión, y un número importante de pacientes, dadas sus puntuaciones, quedaron ubicados en la categoría de trastorno presente de ansiedad. Los resultados encontrados confirmaron la importancia de considerar los factores psicológicos sobre la percepción de calidad de vida de los pacientes con SCI, ya que a mayor ansiedad menores sentimientos de energía y vitalidad, y mayor detrimento en la salud mental, y a mayor depresión, menores sentimientos de vitalidad, menor función social, rol emocional y salud mental.

En un estudio exploratorio llevado a cabo por Benasayag, R., Feixas i Viaplana, G., Mearin, F., Saúl Gutiérrez, L. Á., & Laso, E. (2004) se exploraron algunas características cognitivas y sintomáticas de 13 pacientes consultantes con Síndrome del Intestino Irritable (SII) comparados con una muestra de 63 sujetos no consultantes sin síntomas de SII. Analizados los resultados de los instrumentos se pudo determinar que 92% de los pacientes con SII cumplían con los criterios de algún trastorno del eje I del DSM-IV, pudiéndose agrupar su diagnóstico principal en dos categorías: trastornos por ansiedad y por somatización

Dada la recurrente y ya demostrada presencia de ansiedad en los pacientes del trastorno que en esta investigación aborda, se desprende la necesidad de diferenciar el concepto de ansiedad del de estrés. En ciertos casos estos dos conceptos suelen utilizarse en el ámbito cotidiano como sinónimos, si bien ambos implican una reacción caracterizada por alta activación fisiológica, el estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio, y la ansiedad una reacción emocional normal de alerta frente a una amenaza. La ansiedad elevada genera estrés, y a su vez, el estrés es una de las fuentes más comunes de ansiedad. La ansiedad es una parte de la existencia humana,

todas las personas sienten un grado moderado de la misma y su función está relacionada con la supervivencia, de un modo no excesivo la ansiedad cumple un carácter adaptativo ya que permite a los sujetos responder a un estímulo de manera adecuada.

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. (Sierra, Ortega y Zubeldat, 2003). En el estrés por otra parte media el pensamiento, es decir, como su definición lo indica, para que una situación o evento se presente como estresante para el sujeto debe haber habido una evaluación o valoración cognitiva previa que haya detectado a tal evento como desbordante de los recursos con los que se cuenta y por ende, amenazante. De este modo una misma situación puede originar ansiedad en un sujeto pero no estrés y viceversa.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que el estrés es diferenciable del concepto de ansiedad, al considerarlo como un resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad es entendida como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional

5. Fisiología del estrés

La teoría más importante del estrés fisiológico fue formulada por el científico húngaro Hans Selye (1936, citado en Lazarus, 1999, 55). Su investigación y formulaciones teóricas describen el modo en que responde el organismo cuando deben movilizarse para manejar los peligros y amenazas a su integridad. Selye definió la respuesta al estrés como un síndrome producido por diversos agentes nocivos desarrollando una respuesta no específica. De este modo describió una serie neuroquímica orquestada de defensas corporales denominada síndrome de adaptación general (SAG) que es la encargada de defender el organismo de las condiciones nocivas los estresores físicos. Selye introdujo la noción de homeostasis para denominar al conjunto de fuerzas que regulan funciones que afrontan las amenazas al equilibrio del organismo vivo.

En la década del '80 desde la cardiología y las neurociencias comienza a utilizarse el concepto de alostasis, el cual complementarí y complejizaría el clásico concepto de homeostasis. Se definió a la alostasis como el nivel de actividad requerido por el organismo para mantener la

estabilidad a través de situaciones de cambio. En otras palabras, es un proceso activo que sirve para mantener la homeostasis. Los sistemas alostáticos nos permiten responder con diferentes estados físicos y psíquicos (conciencia, vigilia, ejercicio, posición corporal) y afrontar situaciones tales como ruidos, peligros, dificultades socioculturales, muchedumbres, aislamiento, infecciones, etc. La respuesta corporal ante un desafío enciende una respuesta alostática, que inicia una reacción adaptativa compleja y que finaliza cuando la amenaza cesa. (Bonet, 2003)

El concepto de alostasis nos permite comprender cómo es que las respuestas fisiológicas activadas por el estrés tienen una doble característica: no sólo pueden proteger sino también dañar al organismo. En términos generales la respuesta fisiológica del estrés, como se señaló antes, es activada por un estresor; esta respuesta fisiológica cumple una misión protectora y es activada en forma instantánea. Se inicia en el hipotálamo con la producción del Factor Liberador de Corticotropina (CRF) dirigida al sistema circulatorio de la Glándula Pituitaria, la cual, segrega la Hormona Adenocorticotropa (ACTH) a través del eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal (HPA) produciendo hormonas glucocorticoides, especialmente cortisol (McEwen, 2007, citado en Moscoso, 2009, 146).

Tanto el estrés agudo que incluye las respuestas de lucha-fuga, como el estrés crónico, que incluye la carga acumulativa de eventos menores cotidianos, tienen consecuencias a largo plazo. A través de la alostasis nuestro Sistema Nervioso Autónomo, el eje Hipotálamo Pituitario Adrenal, el Sistema Cardiovascular, el Sistema Inmune y el metabolismo protegen nuestro cuerpo, preparando al mismo para afrontar tanto el estrés interno como el externo. Pero la hiperactividad crónica de estos sistemas, aunque necesaria para la adaptación, tiene un efecto a largo plazo que se denomina carga alostática. (Bonet, 2003).

Una respuesta de estrés normal, incluye un período de actividad durante el cual se produce dicha respuesta y un período de recuperación en el que esa actividad cesa. La carga alostática se produce cuando no existe este período de recuperación o cuando el funcionamiento deficiente de uno o varios sistemas generan una hiperactividad compensatoria de otros. Cuando el sistema es forzado a adaptarse a situaciones tanto psicosociales como físicas adversas, se encuentra hiperactivo, pierde su regulación y se produce la carga alostática, este podría entenderse como el “precio” que paga el organismo por esta hiperactividad constante y no regulada, dando como resultado un desgaste acumulativo producto de una alostasis excesiva o ineficiente.

5.1 Sistema nervioso central y estrés

En primer lugar, es necesario dejar establecido que el modelo cognitivo del estrés percibido tiene un correlato eminentemente fisiológico en el lóbulo frontal del cerebro por lo que es necesario reconocer que la experiencia del estrés se inicia en el cerebro, afecta al cerebro, y a su vez, al resto de los sistemas que conforman nuestro organismo (McEwen, 1998; Sapolsky, 1996, en Moscoso 2012).

La respuesta al estrés puede entenderse como una de alerta generalizado, de despertar (arousal), o de activación. El cual puede ser definido como un proceso del SNC que lleva su actividad de un nivel a un nivel más alto manteniéndolo allí, en este sentido se puede afirmar que el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, psicológica, y comportamental del estrés. La activación normal tiene varias fases: la primera sigue inmediatamente al estresor, consiste en varias respuestas y afecta casi todos los sistemas regulatorios y órganos. El propósito de la respuesta no solo es eliminar los estímulos en sí mismos, sino también poder afrontar aquella situación que les da lugar.

Los estresores ambientales, los sucesos de vida mayores, eventuales traumas y abusos, son traducidos en el cerebro sobre un fondo psicológico y neurobiológico individual, por medio de un proceso cognitivo: la evaluación cognitiva. Ésta, a través de una especie de trabajo en red, va a determinar las respuestas fisiológicas y conductuales de un individuo. Es decir, que el ambiente, constantemente cambiante, a partir de la evaluación cognitiva, genera respuestas neuroinmunoendócrinas que van a estar condicionadas por las diferencias individuales dadas por nuestro patrimonio genético, nuestras experiencias tempranas durante el desarrollo y los patrones de respuesta conductuales que instalemos posteriormente por vía del aprendizaje. Estas respuestas fisiológicas son las que van a preparar al organismo para producir la alostasis a efectos de conducirnos a la adaptación (Bonet, 2003, 3)

El cerebro, a través de la evaluación cognitiva, traduce la experiencia de las personas en activación de los efectores alostáticos sistémicos para producir el ajuste del organismo. Estos efectores, como vimos antes, utilizan mediadores biológicos que van a coordinar el proceso de alostasis, los cuales son las señales que envía el cerebro a efectos de lograr la activación de los efectores alostáticos para producir el ajuste. Es preciso mencionar que estos mediadores activados en exceso o por largo plazo, comienzan a tener efectos deletéreos en el organismo (Bonet, 2003,4)

Estudios realizados en neuroendocrinología demuestran que cuando la respuesta del estrés percibido se transforma en un proceso crónico, esta facilita el inicio de un estado de distrés emocional en la que se observa una excesiva utilización o manejo ineficiente de hormonas, corticoesteroides, y catecolaminas por parte de los ejes neuroendocrinos (McEwen, 2007, en Moscoso 2009). Este estado de distrés emocional o estrés crónico produce un impacto negativo en el sistema nervioso activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endocrino e inmune. Este es el caso de la carga alostática, la cual tiene resultados patológicos en el cerebro, particularmente en el hipocampo, zona que tiene varias características importantes; por una lado está densamente poblada de receptores para cortisol, y por lo tanto tiene un rol fundamental en el apagado de la respuesta del eje Hipófiso Pituitario Adrenal. Al mismo tiempo, tiene una gran relevancia en los procesos de memoria que intervienen en la evaluación cognitiva.

5.2 Sistema nervioso autónomo y estrés

El sistema nervioso autónomo está compuesto de dos partes, las cuales funcionan principalmente en oposición una a la otra. La primera de ellas es el sistema nervioso simpático, el cual comienza en la médula espinal y viaja hacia una gran variedad de áreas del cuerpo. Su función parece ser preparar al cuerpo para el tipo de actividades vigorosas asociadas con la huida o lucha, esto es, con la huida del peligro o con la preparación para la violencia. La otra parte del sistema nervioso autonómico es llamada sistema nervioso parasimpático. Tiene sus raíces en el tronco cerebral y en la médula espinal de la espalda baja. Su función es traer de vuelta al cuerpo desde la situación de emergencia a la que lo llevó el sistema nervioso simpático. (Boeree, 2007)

La función global del SNA consiste en mantener la situación de homeostasis del organismo y efectuar las respuestas de adaptación ante cambios del medioambiente externo e interno. El SNA, a través de los tres componentes eferentes que lo integran –simpático, parasimpático y entérico–, inerva el músculo cardíaco, el músculo liso de todos los órganos y las glándulas exocrinas y endocrinas. Así, regula la respiración, la circulación, la digestión, el metabolismo, la secreción glandular, la temperatura corporal, la reproducción y, además, coordina todas estas funciones vitales para mantener la homeostasis. Este sistema, como su propio nombre indica (autónomo o vegetativo) no se encuentra sujeto al control voluntario o consciente. (Navarro, 2002)

Uno de los efectores principales de la respuesta alostática es el sistema nervioso simpático, además del eje Hipotálamo Pituitario Adrenal y los diversos mediadores biológicos que coordinan la respuesta corporal. La respuesta fisiológica del estrés activa el eje simpático-suprarrenal medular (SAM), el cual genera la secreción de catecolaminas como la adrenalina y noradrenalina. Estas hormonas permiten un aumento en la concentración de glucosa en la sangre facilitando un mayor nivel de energía, oxígeno, alerta, poder muscular y resistencia al dolor; todo esto en cuestión de minutos.

La liberación de dichas hormonas permite el inicio de un proceso de comunicación inmediata con el sistema nervioso autónomo, a través de los sistemas simpático y parasimpático y permiten enlazar la experiencia del estrés con los componentes psicofisiológicos de la emoción preparando al organismo para un estado de alerta (Padgett & Glaser, 2003, en Moscoso, 2009).

5.3 Psiconeuroinmunoendocrinología

Existen cuatro sistemas de procesamiento de información que permanentemente interactúan en seres humanos: la mente, el sistema nervioso, el sistema endocrino, y el sistema inmune. Estos cuatro sistemas se comunican mutuamente y de manera permanente. El estudio y explicación de estas interacciones está a cargo del nuevo paradigma de la salud conocido ampliamente en el mundo académico como la psiconeuroinmunoendocrinología (Young y Welch, 2005 en Moscoso, 2009,144).

Como se ha indicado anteriormente, la mente es uno de los cuatro sistemas y es entendido como una parte funcional del cerebro. Bajo condiciones normales, estos cuatro sistemas interactúan en armonía resultando en un estado homeostático. Este particular estado denominado homeostasis fomenta una salud óptima y prepara al organismo para su constante lucha contra las diferentes enfermedades existentes. La pérdida del equilibrio homeostático representa una interrupción en los procesos de interacción de estos cuatro sistemas, resultando en el inicio de síntomas que tipifican un cuadro patológico o enfermedad (Kiecolt-Glaser, McGuire & Robles, 2002 en Moscoso, 2009, 145). En este sentido, es de particular importancia para la psiconeuroinmunoendocrinología el estudio del estrés psicológico y el rol que los estresores ocupan dentro del proceso de interacción con los sistemas nervioso, endocrino e inmune, ya que una situación estresante que altere uno de los sistemas del funcionamiento humano afecta a los demás sistemas debido a estas múltiples conexiones mente-cuerpo.

Nuestra forma de pensar, creencias, y sentimientos no son nada menos que la actividad bioquímica en las células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro de los sistemas endocrino e inmune determinando el estado de salud actual del individuo. La evidencia científica, hoy en día, demuestra que al modificar nuestros pensamientos estamos modificando nuestra biología (Kiecolt-Glaser, McGuire&Robles, 2002; Cousins,1989 en Moscoso, 2009). El cerebro es la línea de vanguardia de nuestro organismo en la defensa contra las enfermedades y el envejecimiento; y la mente representa el funcionamiento del cerebro.

El sistema inmune puede ser considerado como un órgano receptor sensorial circulante por su capacidad de recibir procesar y enviar información al SNC. Se cree que estructuras del cerebro como el hipotálamo o el sistema límbico son directa o indirectamente blancos de la señal inmunológica. También se demostró la capacidad del sistema inmune para activar el eje HPA y se observó respuesta autonómica durante la activación del sistema inmune. La corteza y estructuras límbicas median los procesos afectivos y cognitivos pudiendo estar involucrados en la respuesta a los estresores, en los estados afectivos y en desordenes como la depresión, el condicionamiento aversivo, y en la evaluación del contexto emocional de los estímulos sensoriales del mundo exterior y del mundo interno. De este modo la posibilidad de que la corteza cerebral pueda afectar la respuesta inmune provee una importante vinculación entre esos fenómenos que impresionan en el SNC, y un flujo de respuestas de este último que tiene directo acceso al sistema inmune.

Diversos estudios realizados permiten afirmar que el estrés psicosocial modifica la respuesta inmune empeorándola. Los mismos permiten asumir que las alteraciones inmunológicas están, al menos en parte, producidas por modificaciones de la función endócrina consecuencia de distrés. Esto es debido a que el sistema endócrino produce hormonas y neuropéptidos que pueden ser capaces de modular los procesos inmunes.

Ante un estresor físico o psicológico se produce la activación del eje Hipotálamo-hipofisio-adrenal (HPA) produciéndose el incremento de acth y glucocorticoides en plasma debido a la liberación de CHR (hormona liberadora de corticotropina) La variabilidad en la respuesta del CRH al estrés puede ser indicativo de la extraordinaria especificidad y selectividad en la respuesta del eje HPA, y la variabilidad puede derivar de la interactividad e integración de todos los efectores en juego. Finalmente, estas graduaciones en la respuesta a los estresores pueden tener consecuencias en la adecuación de la respuesta total al estrés. Situaciones que cursan con niveles altos de corticoides como el estrés, suprimen los mecanismos de defensa del organismo.

En relación a la respuesta inmune niveles crónicamente elevados de catecolaminas en la circulación pueden disminuir la respuesta inmune a través de una disminución de los adrenoceptores en los linfocitos o a través de efectos en la función leucocitaria. Una exposición aguda a altos niveles de catecolaminas puede producir activación o supresión de la respuesta inmune dependiendo en estado metabólico inicial de la célula. El cortisol en dosis bajas incrementa la respuesta inmune mientras que usualmente la suprime en situaciones inducidas por estrés o farmacológicas.

6. Estrés y síndrome del intestino irritable: Eje cerebro- intestino

Aunque la etiología de los TDF no se conoce completamente, hay evidencia convincente de que el estrés físico y psicológico juega un papel importante. El estrés psicológico o la respuesta emocional de uno al estrés exacerban los síntomas gastrointestinales y puede contribuir al desarrollo de los TDF. (Drossman, 2010)

El desarrollo de técnicas de imagen avanzadas del cerebro y el mejor conocimiento del papel de los neurotransmisores en la regulación de la motilidad y de la percepción visceral, ha permitido desarrollar el concepto de que determinados agentes que actúan sobre el SNC, tanto a niveles espinales como supraespinales, pueden resultar en disfunciones de la actividad motora y sensorial del intestino. El desencadenante puede ser periférico (ej.: infección gastrointestinal, cirugía) o central (por ej.: historia de abusos o maltratos). (Mearin y Montoro, 2012).

Hay una parte del sistema nervioso autónomo llamado sistema nervioso entérico, el cual es un complejo de nervios que regulan la actividad del aparato digestivo. Este sistema es la única agrupación de neuronas fuera del sistema nervioso central que forman circuitos capaces de actividad refleja autónoma, contiene alrededor de 500 millones de neuronas y cerca de 20 clases de funciones. Un aspecto notable de este sistema es que sus circuitos reflejos son capaces de dirigir las funciones del sistema digestivo sin depender de los comandos del cerebro o la médula espinal. Esta independencia es modulada por el rico intercambio de señales entre los sistemas nervioso entérico y nervioso central.

El tejido neural que constituye el sistema nervioso entérico está incrustada en la pared del tracto gastrointestinal. Dentro de este sistema nervioso, las células nerviosas y las células de sostén (gliales) se agrupan formando los ganglios entéricos, que están interconectados mediante haces de fibra nerviosa. Las prolongaciones de las células nerviosas desde fuera del tracto digestivo

también se conectan con las neuronas entéricas, y se mezclan con los procesos de dichas neuronas. (Furness, 2006). El resultado funcional de estas conexiones entre el sistema nervioso central y el sistema nervioso entérico se denomina eje cerebro-intestino.

El eje cerebro-intestino es el sustrato neuroanatómico en el cual los factores psicosociales ejercen su influencia en el tracto gastrointestinal y viceversa. Esta conexión explica por qué el estrés y los factores psicológicos están vinculados tan estrechamente con la función y disfunción intestinal y los síntomas gastrointestinales. Estructuralmente, hay conexiones directas entre el SNC y el plexo mientérico de los músculos viscerales y otras estructuras del órgano que afectan las funciones sensoriales, motoras, endocrinas, autónomas, inmune, inflamatoria. Así, las emociones como el miedo, la ira, la ansiedad, los estímulos dolorosos, y el estrés físico pueden estimular la función motora del colon, reflejándose en la disminución del tiempo de tránsito, el aumento de la actividad contráctil, la inducción de defecación, y los síntomas de la diarrea. A la inversa, una mayor motilidad, la inflamación visceral, y las lesiones pueden amplificar las vías viscerales ascendentes y afectar a las áreas del cerebro, lo que lleva a un mayor dolor y contribuye a la alteración de las funciones mentales incluyendo la ansiedad y la depresión. retrasar el vaciado gástrico y el tránsito intestinal. (Drossman, 2010)

Con respecto a la regulación del dolor, las relaciones entre la angustia y síntomas dolorosos aparece mediada por el deterioro en la capacidad de diversas redes cerebrales, como la corteza cingulada, para procesar el dolor corporal. En efecto, el sistema de control del dolor del cerebro puede actuar como un filtro para mejorar o bloquear el dolor a través de la regulación de las señales neuronales entrantes que afectan la percepción de los síntomas. El descenso de regulación, lo que aumenta el umbral del dolor, parece no ocurrir también en pacientes con dolor digestivo funcional. La corteza cingulada anterior, es disfuncional en el SII y otros trastornos funcionales, dolor gastrointestinal, fibromialgia y otros síntomas somáticos funcionales.

Cuando este sistema se ve influido por la angustia psicosocial, la puerta se abre y el umbral del dolor disminuye. Por el contrario, la mejora en el control del dolor puede ser habilitado por factores cognitivos o emocionales tales como focalizar la atención, la hipnosis, tratamiento psicológico, y ciertos antidepresivos. En suma, lo que entendemos por TDF emerge de interacciones de múltiples sistemas en la periferia (microbiota alterada inflamación de la mucosa, la hipersensibilidad visceral) y en el cerebro (sistemas de redes cerebrales de excitación emocional, las funciones sensoriales, la función autonómica central) que interactúan unos con otros de manera bidireccional. (Drossman, 2010)

Hay una hipótesis aceptada de que esta disfunción en la comunicación bidireccional entre el cerebro y el intestino, es en parte a través de la activación del principal sistema neuroendocrino del estrés, el llamado eje hipotalámico hipofisario adrenal (HHA), desempeñando esto un importante papel en la sintomatología del SII. El eje HHA se activa por el estrés, causando la liberación del factor de liberación corticotropina, desde el núcleo paraventricular del hipotálamo hacia la circulación hipofisaria portal para unirse a la glándula pituitaria anterior. A continuación se libera de la glándula pituitaria la hormona adrenocorticotrópica en la circulación sistémica para causar la síntesis y liberación del glucocorticoide cortisol a partir de la corteza suprarrenal. Los estudios clínicos han implicado a la desregulación del eje HHA basándose en múltiples casos de aumento de los niveles de cortisol y HHA por respuestas exageradas a los factores de estrés en pacientes con SII. (Vanner, Greenwood-Van Meerveld, Mawe, Shea-Donohue, Verdu, Wood, y Grundy, 2016)

Las estructuras centrales que regulan los procesos afectivos y sensoriales incluyendo la amígdala, la ínsula, la corteza cingulada, y corteza pre-frontal muestran una mayor activación en pacientes con SII. Estudios de imagen han demostrado que las regiones límbicas de regulación de procesamiento y la emoción sensorial, incluyendo la amígdala, muestran una mayor capacidad de respuesta a la estimulación visceral en pacientes con SII.

La amígdala es sensible a corticosteroides, pero, en contraste con el hipocampo y la corteza pre frontal, la amígdala facilita la conducta, neuroendocrina, y las respuestas autónomas a la tensión. Por lo tanto, esta alteración en el equilibrio de la modulación del estrés inducido por la hiperactividad de la amígdala puede representar un aspecto esencial de alteraciones en motilidad gastrointestinal, la permeabilidad del colon, y la sensibilidad colorrectal características del SII. Estos hallazgos sugieren que en pacientes con SII expuestos a estrés crónico, aumenta la activación de la amígdala y desregula el eje HHA. (Vanner, et al. 2016)

7. Investigaciones relacionadas

En relación con el estrés y la patología que aborda esta investigación, se encontraron varias investigaciones referidas. A continuación se detallan algunas de estas de ellas:

- Rodríguez Magallán, Cristóbal Escalona, Chávez Basurto, Mejía Loza (2001) basándose en antecedentes que demuestran que los factores psicosociales, sobre todo el estrés y la neurosis, participan en la patogenia del SII, buscaron evaluar el efecto de tres técnicas psicoterapéuticas en el tratamiento del colon irritable, las mismas fueron terapia

cognoscitiva, relajación progresiva y una combinación de ambas. Se llevó a cabo un estudio prospectivo, experimental, longitudinal comparativo efectuado en 30 pacientes con la patología. Los pacientes recibieron sesiones de una hora por semana durante 8 semanas, con seguimiento durante 90 días. Como resultado se observó una mejoría subjetiva de los síntomas en todos los pacientes, demostrándose de éste modo la eficacia de las tres técnicas psicoterapéuticas en la búsqueda de la mejoría de los síntomas.

- Fernández Rodríguez (1989) en su investigación experimental “Tratamiento psicológico en síndrome del intestino irritable” tomó una muestra de 40 pacientes con la patología que no respondían al tratamiento convencional y los designó a dos grupos experimentales: manejo de contingencias y manejo del estrés, y a dos grupos de control: tratamiento médico y placebo. Todos los pacientes del grupo de contingencias obtuvieron mejoría significativa en su sintomatología, los del grupo de control del estrés también expresaron mejoría pero en menor medida. No así los del grupo control, quienes no refirieron mejoría alguna. Reafirmando de este modo la incidencia de los factores psicológicos y la condición de estrés en el SII. Se destaca en esta investigación que dado los resultados obtenidos se infiere que si bien el estrés tiene relación con la patología, no puede explicar todos los síntomas ni su mantenimiento.
- González y De Ascencao (2005) investigaron la vinculación de las variables psicológicas con el síndrome de intestino irritable. Ahondando en la problemática conductual de la persona que posee ese diagnóstico y buscando establecer relaciones entre las dimensiones del comportamiento y la prevalencia de la sintomatología física. Para la intervención, se construyó una Guía de Entrevista que describía la sintomatología experimentada, los hábitos alimenticios, eliminatorios, laborales, sociales, sexuales y su manejo emocional, la cual se administró a 17 pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable. La misma evidenció que la mayoría de los pacientes son personas que se irritan con frecuencia, que tienen dificultad para tomar decisiones, que han experimentado fatiga y pérdida de energía, taquicardia, agitación, preocupación y ansiedad en exceso, inquietudes y sobresaltos, sensaciones de ahogo o falta de aliento además de mareos, dolores de cabeza y contractura muscular. Concluyendo que todos los pacientes entrevistados parecieran ser personas con elevados niveles de ansiedad y estrés a pesar de que al menos 15 pacientes refirieron llevar una vida satisfactoria actualmente.

Capítulo III

“Afrontamiento”

Como se señaló en el capítulo anterior, esta investigación toma como base para su desarrollo el modelo cognitivo del estrés de Lazarus y Folkman. Si recapitulamos, los autores consideran la cuestión del estrés a través del análisis de los dos procesos críticos que tienen lugar en esta relación individuo- entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento. La evaluación cognitiva como proceso evaluativo que determina porqué y hasta qué punto una reacción determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Afrontamiento como el proceso a través del cual el sujeto maneja las demandas de la relación individuo- ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera.

Este capítulo abordará a este último proceso, ya que esta investigación ubica a las estrategias de afrontamiento del estrés como los posibles mediadores entre la salud y enfermedad de los individuos que padecen SII. Partiendo de la premisa de que un manejo ineficaz del estrés puede llegar a exacerbar la sintomatología del síndrome.

1. Definición y desarrollo del constructo

El inicio de las investigaciones sobre afrontamiento se sitúa en la década 1970-1980 con los trabajos de Moos (1976); Pearlin y Schooler (1978) y Lazarus y Folkman (1980) dentro de una gran revolución de la Psicología Cognitiva. A partir de aquí arranca una fructífera línea de investigación basada en los modelos de estrés y afrontamiento para explicar la adaptación a la enfermedad crónica (Chico, 2002; González, Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002; Martín-Aragón, Pastor, Lledó, López-Roig, Terol y Rodríguez-Marín, 2001; Muelay cols., 2002; Pelechano, Matud y de Miguel, 1993; Rodríguez y cols. 1993 en Montero 2011).

Aunque el concepto de manejo del estrés no fue muy usado antes de los años setenta, la idea no es ciertamente nueva si nos remitimos al concepto psicoanalítico de las defensas del ego (Lazarus, 1999) Al respecto Oblitas Guadalupe (2004) comenta que el afrontamiento es una forma de manejar el estrés con una finalidad adaptativa y aclara que se deben diferenciar las estrategias de afrontamiento de las conductas defensivas partiendo del hecho de que mientras las primeras son flexibles, tienen un objetivo consciente y están orientadas a la realidad, las segundas son más rígidas, obligatorias y deforman la realidad.

El concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés. Es un proceso que cambia constantemente en la medida en que las consecuencias de sus actos son valorados como éxitos o fracasos. Se trata de un patrón de respuesta aprendido frente a las situaciones estresantes que requiere de esfuerzos orientados a manejar la situación. El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Sandin y Chorot, 2003)

Para la primera generación de investigadores del afrontamiento, la atención estuvo puesta en el estudio de las reacciones de afrontamiento en situaciones que amenazaban la vida de la persona o que tenían una importante significación traumatizante. Por lo cual a principios de la década del 70 algunos investigadores empezaron a definir al estudio del afrontamiento como un área de investigación sobre las respuestas y reacciones a situaciones extremas (Hamburg, 1974; White, 1974; citado por Centeno, 2004).

A partir de los años 60 y 70, los investigadores comenzaron a pensar que los patrones de afrontamiento no estaban completamente determinados por los factores individuales, haciendo hincapié en la importancia del contexto situacional en que tenía lugar el proceso de afrontamiento (Billings y Moos, 1981; Felton y Reverson, 1984; Folkman y Lazarus, 1985; Pearling y Schooler, 1978; Stone y Neale, 1984; citado por Centeno, 2004). Desde esta aproximación, el afrontamiento no es considerado como una disposición estable, lo que significa que el proceso de afrontamiento es utilizado para diferentes amenazas en función de la significación adaptativa y los requerimientos de estas.

A través de los años, los investigadores del afrontamiento han dado importancia a los factores psicológicos y ambientales. Los primeros pueden incluir variables como autoestima y autoeficacia, entre otras, y los segundos variables como las redes de apoyo social, recursos financieros o de educación, etc. (Eckenrole, 1991; citado por Centeno, 2004).

Durante los años 80 y 90, la investigación sobre los rasgos de personalidad tomó fuerza nuevamente (Angleitner, 1991; Digman, 1990; Endler y Parker, 1992; Wiggins y Pincus, 1992; citado por Centeno, 2004).

La distinción entre los investigadores que focalizan en la influencia de las variables predisponentes o disposiciones (rasgos) se clasifican como “acercamientos interindividuales” mientras que los que han enfatizado los factores situacionales (afrontamiento como proceso) son considerados como “acercamientos intraindividuales” (Lazarus, 1993; Endler, 1992; citado por Centeno, 2004).

Lazarus y Folkman (1986; citado por Oblitas, 2004) dentro de su modelo transaccional de estrés (entendido como un proceso dinámico, en constante cambio de acuerdo a las actitudes del individuo y los cambios en las circunstancias) destacan algunas características importantes: el afrontamiento se refiere a cada interacción de la persona con el ambiente, se lo entiende a nivel contextual; es un proceso que cambia constantemente sin realizar ninguna suposición acerca de lo que constituye un buen o mal afrontamiento (ya que es considerado como distinto de sus resultados). El afrontamiento no es automático sino que se trata de un patrón de respuesta aprendido frente a situaciones estresantes, requiere de esfuerzos, uno puede no ser totalmente consciente de su respuesta de afrontamiento, los resultados pueden ser exitosos o no, pero el esfuerzo debe haberse realizado. Por último, el afrontamiento es un esfuerzo orientado a *manejar* la situación y las demandas que generan estrés y el estado emocional desagradable que se asocia a él.

Desde esta perspectiva el “manejar” la situación permite explicar la idea de maniobrar, o “negociar” entre las fuerzas internas y del entorno, que no siempre se hace de la manera más eficaz, sino “como uno puede” (Fierro, 1997; citado por Oblitas Guadalupe, 2004).

Como se ha expresado anteriormente Lazarus y Folkman (1984) se centran básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante. Estas transacciones dependen del impacto del estresor ambiental, impacto mediado en primer lugar por las evaluaciones que hace la persona del estresor y en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación de estrés.

Así, cuando alguien se enfrenta a una situación potencialmente amenazante, en primer lugar realiza una evaluación primaria, es decir, un juicio acerca del significado de la situación siempre para calificarla de estresante, positiva, controlable, cambiante o simplemente irrelevante. Si el suceso ha sido valorado por el sujeto como estresante se produce un proceso evaluación secundaria, donde se determinará los posibles recursos y opciones de que dispone la persona para hacer frente a la situación, es una evaluación orientada a "qué se puede hacer en este caso". Una vez realizada la acción evaluativa, las manifestaciones de estrés van a ocurrir en la medida en que sean eficaces o no

las actuaciones que ponga en marcha el sujeto para hacer frente a la amenaza, desafío o daño. Estas acciones son las “estrategias de afrontamiento” o coping. (Montero, 2011)

Algunos de los factores de los que depende la capacidad de una persona de afrontar una situación, según Lazarus y Folkman (1984), son: la salud y energía de la persona, las creencias de tipo positivas acerca de sí misma, la capacidad para resolver problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos de afrontamiento entre los que encontramos los recursos materiales. De este modo, se considera que una persona es vulnerable a que su estrés aumente cuando carece de recursos físicos o sociales en una situación de importancia personal. En relación a esto, Lazarus y Folkman (1984) insistieron en que los déficits físicos o sociales en sí mismos no son suficientes para generar una situación de vulnerabilidad. Lo que importa es conocer si la persona considera a la situación dada como significativa para ella. Se diferencia de la amenaza debido a que solo representa el potencial de dicha amenaza, la cual existe cuando uno percibe que su autoestima está en juego, mientras que la vulnerabilidad aparece cuando la falta de recursos puede dar lugar a una situación potencialmente amenazadora o peligrosa.

2. Funciones del afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) plantean que en las respuestas de afrontamiento influyen tanto los recursos personales, para llevarlas a cabo, como las restricciones que uno experimenta ante la posibilidad de usar dichos recursos. Estos autores identificaron dos funciones del afrontamiento del estrés: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción. Estas acciones de manejo pueden orientarse hacia el medio o hacia uno mismo

En la función centrada en el problema, la persona obtiene información sobre qué puede hacer y moviliza las acciones con el propósito de modificar la realidad de la relación problemática persona-medio (Lazarus 1999) Es decir, implica esfuerzos por parte del individuo destinados a modificar esa relación problemática. Estos esfuerzos consisten en estrategias de resolución de problemas (definir el problema, generar alternativas, apreciarlas en términos de costo-beneficio y llevarlas a cabo) que pueden funcionar sobre la persona (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente.

La función centrada en la emoción tiene la finalidad de regular las emociones producidas por la evaluación cognitiva de la situación. Algunos ejemplos de estas estrategias son: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, etc. muchas de estas, habitualmente, toman la forma de reevaluaciones cognitivas defensivas. Otras estrategias que no

son estrictamente cognitivas son: conductas emocionales (llorar, reír, etc.), comer, beber, buscar apoyo emocional, etc. es decir todo aquello que pueda funcionar como un distractor. (Lauría Blanco, 2010)

Muchas circunstancias estresantes movilizan ambos ejes de la respuesta de afrontamiento, sin embargo, Folkman y Lazarus (1984, 172) sostienen que en general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno; implica cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo para mitigar el estrés. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Estas tienden a predominar cuando la persona siente que puede hacer algo constructivo, intentar resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante.

Posteriormente, ambos tipos de estrategias serían sistematizadas en ocho estrategias específicas (Fierro, 1998 citado en Lauría Blanco, 2010):

- *Centradas en el problema*

- Confrontación: acciones directas para alterar la situación; implica esfuerzos agresivos para cambiar la situación, y suele estar acompañada por hostilidad y asunción de riesgos. *“Me mantuve firme y luché por lo que quería”*, tratar de lograr que el responsable cambie de idea, etc.
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información, simpatía o comprensión. *“Acudí a personas amigas que pudieran echarme una mano”*, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contarle a algún familiar, etc.

Hay que aclarar que esta estrategia pertenece a ambas funciones del afrontamiento, es decir, que se puede considerar como una modalidad de afrontamiento intermedio.

- Búsqueda de soluciones: (también conocido como solución planificada de problemas) son acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución, implica los esfuerzos dirigidos para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema. *“Analicé detenidamente la situación y me tracé un plan de acción paso a paso”*, establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc.

- *Centradas en la emoción*

- Autocontrol: esfuerzos para regular los sentimientos y acciones. *“Intenté controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema”*, guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.
- Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación, alejarse del problema y/o ignorarlo. *“Traté de no pensar demasiado en el problema”*, tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si no hubiera pasado nada, etc.
- Reevaluación Positiva: esfuerzos por dar un significado positivo a la situación enfocándola hacia el crecimiento personal, encontrar nuevos sentidos, la modificación de valores o prioridades sostenidas hasta ese entonces, el establecimiento de nuevas metas, etc. (a veces puede tener un sentido religioso). *“El pasar por esta experiencia enriqueció mi vida”*, *“la experiencia enseña”*, *“cambié y maduré como persona”*, etc.
- Autoinculcación: verse como responsable de los problemas por medio de autoreproches o autocastigos. *“Asumí que yo me había buscado el problema”*, disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse como causante del problema, etc.
- Escape/Evitación: se evita la situación de estrés, por ejemplo el pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación (comer, beber, dormir, etc.). *“Fantaseé y soñé con tiempos mejores”*, esperar un milagro, evitar el contacto con la gente.

Es importante destacar que todas las personas utilizan ambos tipos de estrategias para afrontar las demandas internas y/o externas originadas por las situaciones estresantes de la vida real. Como también se debe tener en cuenta el carácter secuencial de los procesos de manejo del estrés, es decir, la forma en que se administran los diversos recursos durante la interacción entre la persona y las demandas (por ejemplo, durante la recuperación post-quirúrgica, en un primer momento, es adaptativa la evitación debido a que la persona carece de control sobre su recuperación, pero más adelante esto debe cambiar para que comience a intervenir activamente). Es por ello que decir que una persona tiene muchos recursos no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. (Lazarus 1984)

3. Eficacia del afrontamiento

El manejo del estrés se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que son estresantes. En cierto grado podría decirse que el

estrés y el manejo son recíprocos. Cuando el manejo es inefectivo, el nivel de estrés es alto; sin embargo, cuando el manejo es efectivo, el nivel de estrés puede ser bajo. El manejo es una característica esencial del estrés y de las reacciones emocionales, y si no prestamos atención al modo en que funciona, no lograremos entender la constante lucha para adaptarse a los estresantes crónicos problemáticos y a aquellos producidos por las condiciones vitales cambiantes. (Lazarus, 1999). De este modo, la eficacia estaría relacionada con el grado en que se consiguen las metas generales del afrontamiento: la reducción del malestar emocional y la solución del problema; es decir, el grado en que reduce la activación emocional a un nivel tolerable y ayuda en la adaptación a la situación (Lazarus y Folkman, 1986; citado por Lauría Blanco, 2010). Los factores que restringen el afrontamiento del entorno pueden llamarse coactores, y derivan tanto de factores personales como del entorno.

Para Crespo y Cruzado (Rodríguez Fernández, 2006, citado en Lauría Blanco, 2010) los criterios para evaluar la eficacia del afrontamiento dependerían de: 1). Grado de solución objetiva del problema, 2). La percepción subjetiva de la solución, 3). Grado de prevención de ulteriores complicaciones, 4). El nivel de funcionamiento social (a corto y largo plazo), y del 5). Efecto sobre la salud de la persona.

Bayés (2006; citado por Rodríguez Fernández, 2006, en Lauría Blanco 2010) diferencia las estrategias de afrontamiento efectivas de aquellas que no son adaptativas en función de las consecuencias (positivas o negativas) para las que el individuo las utiliza.

Es importante destacar que no existe una estrategia en si misma universalmente efectiva o inefectiva. Esto es así ya que el manejo debe medirse aislado de sus resultados, de forma que la efectividad de cada estrategia de manejo pueda ser apropiadamente evaluada. La eficacia depende del tipo de persona, del tipo de amenaza, el escenario de encuentro estresante y la modalidad del resultado, es decir, el bienestar, el funcionamiento social o la salud subjetiva. (Lazarus, 1999) De este modo, cualquier forma de afrontamiento puede ser positiva o negativa en función de diversos determinantes situacionales y personales. Por lo cual hay que siempre tener en cuenta las condiciones particulares de cada persona, ya que cada una se encuentra en una situación específica, y a partir de ahí se puede determinar si las estrategias implementadas son adaptativas o no. Un claro ejemplo de esto es la negación, la cual en un momento fue considerada como perjudicial y sinónimo de patología bajo determinadas circunstancias puede ser beneficiosa.

Un claro ejemplo de ello es la postura de Törestad, Magnusson y Oláh (1990, citados en Montero 2011). Autores para los cuales existen dos tipos de afrontamiento. Distinguiendo por un lado las estrategias de afrontamiento activo o constructivo, las cuales están focalizadas en el

problema o situación, donde el sujeto realiza acciones directas para tratar el evento estresor. Y por otro lado, el afrontamiento pasivo que estaría centrado en la emoción, donde el sujeto no hace nada para solucionar el evento estresante. A estrategia pasiva la relacionan con la conducta de evitación/escape, que supondría entre otras actitudes una negación del problema, y parece relacionarse para ellos con determinadas patologías. Mientras el afrontamiento (sobre todo de carácter activo) supone el motor de arranque por el cual se produce un mejor ajuste ante situaciones difíciles.

4. Estilo vs proceso vs estrategias

Es preciso hacer una diferenciación entre estilos, proceso y estrategias de afrontamiento. Para Fernández Abascal (1997, citado en Felipe Castaño y León del Barco, 2010), los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación. El afrontamiento cómo proceso se lo considera como un desarrollo dinámico que se realiza a partir de las características de la interacción (Belloch, Sandín y Ramos, 1995, citado por Lauría Blanco, 2010).

Algunos autores proponen como idea conciliadora de estas dos miradas (Arcas y Manzano, 1989; citado por Centeno, 2004) hablar de “estilos de afrontamiento” como variables disposicionales que influyen sobre la elección de las estrategias, y utilizar “estrategias de afrontamiento” exclusivamente para referirse a las acciones concretas y específicas que realiza una persona para enfrentarse a una situación.

4.1 Proceso de afrontamiento

Psicólogos del ego como Karl Menninger (1954, citado en Lazars 1999) y Norma Haan (1969, citado en Lazars 1999) consideraban al manejo y la defensa como el reflejo de una jerarquía de la salud y la patología. Se decía que el manejo era el modo más maduro de sobreponerse al estrés o

trauma. Originalmente, el manejo fue concebido como una característica estructural o de personalidad. Tal es así que una de las principales contribuciones a la investigación y pensamiento sobre el manejo del estrés es la formulación de proceso, que se justifica porque el estrés se refiere a una situación vital insatisfactoria que la persona desea modificar; además, para ser eficaz, el manejo debe ser sensible a las demandas racionales cambiantes.

Para hablar de proceso de afrontamiento debemos tomar en cuenta tres de sus aspectos principales:

- Las observaciones y valoraciones del individuo se relacionan con lo que él realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace o haría en determinadas situaciones
- Lo que el individuo dice o hace se analiza en un contexto específico. Los pensamientos y acciones del afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares
- Hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias más defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema. Esta dinámica que caracteriza al afrontamiento como proceso no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. (Lazarus y Folkman 1984). Tal es así que una característica dentro del proceso de afrontamiento es que cada individuo puede utilizar diferentes estrategias en diferentes situaciones, es decir, que existe una especificidad en cuanto a la utilización de una determinada estrategia en función de la situación o problema a la que uno se enfrenta. (Montero, 2011)

Los autores Torestad, Magnusson y Oláh (1990; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) demostraron (empleando su inventario S-R) que el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo), dándole así un carácter interaccionista a afrontamiento. Ellos plantean que las estrategias de afrontamiento no se reducen ni a un proceso ni a disposiciones personales, sino que se deben a la interacción entre estos factores. De sus investigaciones deriva que las personas tienden a usar ciertas estrategias de afrontamiento transituacionalmente. Estos autores categorizaron el afrontamiento según tres dimensiones: “constructivo”, “pasivo” y de “escape”. El constructivo se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a tratar con los sucesos estresantes de una manera directa y confrontativa. El afrontamiento pasivo incluye soluciones dirigidas a la emoción, mediante las cuales nada puede hacerse respecto a cambiar la

situación o moverse de ella. El tercer tipo, afrontamiento de escape, hace referencia a las acciones cognitivas y conductuales dirigidas a “correrse de la situación” física o psicológicamente. La primera dimensión se corresponde con la definida por Lazarus como focalizado en el problema; pasivo y de escape se solaparían con la categoría de afrontamiento focalizado en la emoción.

Un punto de vista complementario sobre el afrontamiento, y que en cierto modo podría integrar algunas discrepancias, es el de los autores Moos, Cronkite, Billings y Finney (1986; citado por Sandín, 1995). Estos autores categorizaron el afrontamiento según dos dimensiones diferentes, el método y la focalización.

El afrontamiento, desde el punto de vista del método empleado, puede ser: activo-cognitivo (por ejemplo, redefinir la situación), activo-conductual (por ejemplo, acciones comportamentales para modificar la situación) y evitación. Esto supone analizar si la respuesta como un esfuerzo es primariamente cognitiva o conductual (Moos y Schaefer, 1993; citado por Centeno, 2004).

La segunda clasificación se hace en función de la focalización de las respuestas del afrontamiento, tres tipos: focalizado en la evaluación (por ejemplo, análisis lógico), focalizado en el problema y focalizado en la emoción. Es decir, una persona puede acercarse al problema y realizar esfuerzos activos para resolverlo, para tratar de evitar el problema y/o enfocar en manejar las emociones asociadas con él. Lógicamente, plantean los autores, cada modo específico de afrontamiento puede clasificarse según el método y la focalización (Moos y Schaefer, 1993; citado por Centeno, 2004). De este modo en función del método las respuestas pueden ser activas o de evitación. Según la focalización, pueden orientarse hacia el problema o hacia la emoción.

4.2 Estilos de afrontamiento

La estabilidad o consistencia, a través de las diferentes experiencias con el estrés, de las estrategias de afrontamiento, planteadas por Lazarus y Folkman (1986), dio pie al desarrollo de un enfoque que las toma como un rasgo (no como orientación procesual); la pregunta desde la que parte es cómo “*usualmente*” afronta el estrés, en lugar de preguntarse por cómo afronta encuentros específicos (Lazarus, 1993; citado por Sandín, 1995).

Los modelos psicoanalíticos de la teoría del yo dieron como resultado considerar el afrontamiento estructuralmente, como un rasgo más que como un proceso dinámico del yo. De este modo, un individuo puede clasificarse como conformista o consentida, obsesivo-compulsiva, supresora, represora o sublimadora (Loevinger, 1976; Shapiro, 1965, Vaillant, 1977 citados en Lazarus y Folkman, 1984)

Un estilo de afrontamiento difiere de un rasgo, principalmente en grado, y generalmente, representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuos. Los rasgos, que hacen referencia a las propiedades de las que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones, tiene generalmente un espectro menos amplio.

Existen distintas clasificaciones de estilos de afrontamiento: el modelo del *represor/sensibilizador* (Byrne, 1964), el modelo de estilos cognitivos *monitoring* y *blunting* (Miller, 1987), Weinberg, Schwartz y Davidson (1979) plantearon cuatro tipos de afrontamiento del estrés: *represor*, *no defensivo/no ansioso*, *no defensivo ansioso* y *defensividad ansiosa*, el modelo de Kohlmann (1993), busca integrar los planteos anteriores, propone cuatro patrones de afrontamiento: *modo vigilante rígido*, *modo Evitador rígido*, *modo flexible* y *modo inconsistente*, entre otros (Belloch, Sandín y Ramos, Volumen II, 1995).

4.3 Estrategias de afrontamiento

En esta investigación, las estrategias de afrontamiento a partir de las cuales fueron evaluados los participantes fueron las propuestas por Sandin (1999), las cuales son siete estrategias que son evaluadas a través del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) de Sandin y Chorot (2003).

A continuación, se detallarán las siete estrategias:

- Focalizado en la situación o en el problema: Analiza las causas, plantea y ejecuta soluciones para afrontar la situación.
- Autofocalización negativa: Se autoculpa, tiene sentimiento de indefensión e incapacidad, resignación, dependencia, pérdida de control y pesimismo.
- Reevaluación positiva: Reconoce el evento estresante, pero se centra en los aspectos positivos de la situación.
- Expresión emocional abierta: Descarga el mal humor con los demás, insulta, es hostil, irritable y se desahoga con los demás.
- Evitación: Se concentra en otras cosas, prefiere no pensar en el problema.
- Búsqueda de apoyo social: Identifica personas y redes de apoyo que puedan aportarle que adecuado manejo de la situación estresante.
- Religión: Acude a creencias religiosas para afrontar la situación, pues siente que ha perdido el control.

5. Afrontamiento y enfermedad

Lipowski (1970, citado en Montero 2011) elabora uno de los primeros modelos de afrontamiento referido específicamente a sujetos en situaciones de enfermedad física. Partiendo de este contexto, define el afrontamiento como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. Este autor también considera importantes los factores ambientales, tanto de tipo social como físico, subrayando la importancia de la calidad de las relaciones sociales que mantenga el sujeto (apoyo social). Por último, el tipo de afrontamiento de la enfermedad estará también en función de factores intrapersonales, tales como la edad, la personalidad, las creencias, los valores, las habilidades personales y la inteligencia más específicamente

El modo en que un sujeto particular afronte la enfermedad estará en función de variables de diferentes tipos. Por un lado, habrá que tener en cuenta factores derivados de la enfermedad que sufre, tales como el tipo, la localización, el grado de reversibilidad, tasa de progresión, etc., siendo de especial importancia la medida en que el órgano o facultad deteriorada implique valores, conflictos o fuentes de gratificación del sujeto.

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso, una operación continuada con cambios sucesivos hacia un fin particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora: la enfermedad. El propósito del afrontamiento es la reducción de los estresores fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a la situación de estrés (Zabalegui Yarnoz, 2002, citado en Montero, 2011).

En cuanto a las diferentes estrategias según sus funciones, centradas en el problema o en la emoción, Cooper y Watson, (1991, citado en Montero 2011) apuntan a que los aspectos activos del afrontamiento parecen estar relacionados con los trastornos cardiovasculares y los pasivos con las úlceras pépticas. El afrontamiento activo parece estar relacionado con la salud en mayor medida que el afrontamiento pasivo, y por esta razón es necesario aumentar este aspecto del afrontamiento en las intervenciones que se hagan con pacientes.

6. Investigaciones relacionadas

Una investigación de relevancia a destacar es la de Anderson (1977) donde examinó los efectos del estrés en propietarios de negocios afectados por las inundaciones, relacionando dos de las variables centrales de esta investigación: estrés percibido y estrategias de afrontamiento.

- En esta investigación los modos de afrontamiento fueron utilizados con distinta frecuencia según el grado de estrés percibido. Los sujetos que percibieron un grado bajo de estrés, presentaron los dos modos de afrontamiento, dirigido al problema y dirigido a la emoción, con una frecuencia similar; cuando el grado de estrés percibido era moderado, la respuesta dominante consistió en estrategias centrada en el problema. Cuando el grado de estrés era alto, empezaron a predominar los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción. Anderson concluye que la ansiedad asociada a grados de estrés conduce a la sobreutilización de mecanismos de afrontamiento emocional y defensivo y a una insuficiente atención a los dirigidos a la resolución del problema, dando todo ello como resultado una disminución en los niveles de rendimiento.

En cuanto al SII, se han encontrado algunas investigaciones que relacionan estrategias de afrontamiento y trastornos digestivos funcionales, recordemos que el síndrome del intestino irritable pertenece a este cúmulo donde se ve afectado el eje cerebro- intestino. Un ejemplo es:

- Cano, Quiceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón, y Sandín (2006) llevaron a cabo un estudio donde se investigó la relación entre la calidad de vida, las estrategias de afrontamiento, la personalidad y el apoyo social en una muestra de 60 participantes (43 mujeres y 17 varones) con diagnóstico de dispepsia no ulcerosa. El instrumento de medición utilizado para medir afrontamiento fue el CAE de Sandín y Chorot. Se encontró que los pacientes con dispepsia utilizan adecuadas estrategias de afrontamiento, utilizando la mayoría de la muestra con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento de focalización de resolución de problemas, reevaluación positiva y evitación. Lo cual no coincide con estudios anteriores, en los cuales se planteaba que los pacientes con síntomas dispépticos tienen apreciaciones inadecuadas sobre la propia salud y utilizan estrategias de afrontamiento negativas.
- Gonzales Rato, García Vega y Fernández Rodríguez (1992) abordaron dos casos clínicos de mujeres con SII que no respondían al tratamiento médico convencional. Se llevó a cabo con una paciente psicoterapia en manejo de contingencias y con la otra psicoterapia de manejo del estrés. Los resultados a ambos tratamientos fueron plenamente satisfactorios en la eliminación y reducción de la sintomatología digestiva y extradigestiva. En ambos tratamientos se buscó en mayor medida que las paciente adquiriesen nuevas estrategias de afrontamiento para que le ayudasen a enfrentarse más adaptativamente a las situaciones desencadenantes de la sintomatología, teniendo como resultado un manejo

mucho más efectivo por parte de la paciente de situaciones temidas o rechazadas por las mismas por producirles mucha ansiedad y estrés. Esto trajo en consecuencia una significativa disminución de la respuesta sintomática ante los sucesos estresantes.

PARTE 2

“MARCO METODOLÓGICO”

Capítulo IV

“Metodología del trabajo”

1. Variables evaluadas

Según Hernández Sampieri, Fernández-Colado y Lucio (2008) una variable es *“una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”* (p.123).

Las variables evaluadas en esta investigación fueron:

- a). Estrés autopercebido
- b). Estrategias de afrontamiento.

2. Objetivos del trabajo

General:

- Conocer el nivel de estrés auto percibido y las estrategias de afrontamiento predominantes en pacientes con síndrome del intestino irritable.

Específicos

- Determinar si el nivel de estrés percibido en los pacientes los coloca en un lugar de vulnerabilidad psicológica.
- Determinar la existencia de alguna estrategia de afrontamiento común entre los pacientes

2.1. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por las personas que padecen síndrome del intestino irritable?
- ¿Cuál es el nivel de estrés percibido en los mismos? ¿Será este alto?
- ¿Las estrategias de afrontamiento predominables serán de tipo pasivo?

3. Método

3.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio es cuantitativo ya que se usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para así establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Debido al alcance de la misma, las conclusiones que se obtienen quedan circunscriptas a esta investigación.

Los estudios descriptivos consisten en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan; buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que sea susceptible de analizar (Danke, 1989; citado por Hernández Sampieri y otros, 2008). Todo lo mencionado se refiere a que el alcance de los mismos se relaciona con medir, evaluar datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (describe tendencias de un grupo, muestra o población), rebasando los límites de la recogida y tabulación de datos, supone un proceso interpretativo acerca del significado e importancia de lo que se describe.

3.2. Diseño

El diseño de la investigación es no experimental transversal descriptivo, ya que no va a haber una manipulación de variables y se van a observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos. El alcance de la investigación es descriptivo, porque la meta es describir fenómenos, y da la posibilidad de hacer predicciones incipientes, y las hipótesis se generan si se pronostica un hecho.

3.3. Descripción de la muestra

El tipo de muestra es intencional o de conveniencia, ya que se escogen las unidades siguiendo criterios de conveniencia para los objetivos de la investigación. La cantidad de la muestra fue de tipo intencional y estuvo compuesta por 30 sujetos. La misma estuvo compuesta por pacientes diagnosticados con síndrome del intestino irritable. La muestra de pacientes con SII fue obtenida en la clínica de diagnóstico y tratamiento gastroenterológico HIGEA mediante consentimiento informado. El tratamiento de los datos es anónimo y con fines de investigación.

3.4. Sujetos o participantes

Los participantes de esta investigación fueron 30 sujetos, de los cuales 24 fueron mujeres y 6 hombres, los cuales voluntariamente aceptaron participar de la misma.

3.5. Instrumentos utilizados

Para cumplir con los objetivos de esta investigación y buscar respuestas a las preguntas planteadas se eligieron tres instrumentos:

- Entrevista cerrada ad hoc
- Escala de Estrés Percibido (PSS-14) (Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R, 1983) en adaptación chilena (Ps. Erik Marín C.,2004)
- Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) (Sandín y Chorrot, 2003)

3.5.1. Descripción de los instrumentos

3.5.1.1. Entrevista ad hoc

Dicha entrevista es de tipo cerrada, a modo de encuesta, y fue diseñada específicamente para esta investigación con la finalidad de obtener información sobre las siguientes variables: edad, género, estado civil, eventos estresantes vividos en el último año y si el sujeto consumía actualmente psicofármacos de tipo ansiolíticos y antidepresivos. Con respecto a los eventos estresantes fueron seleccionados solo 4: pérdida de un ser querido, divorcio, desempleo y jubilación ya que de acuerdo a la bibliografía consultada (Holmes y Rahe 1967, citados en Lazarus, 1999) estos son considerados como los más estresantes para la población general. A estos sucesos se les asignó un puntaje de 0 a 3 para poder cuantificar la cantidad de eventos sufridos por el sujeto.

3.5.1.2. Escala de Estrés Percibido (PSS-14) (Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R, 1983 en adaptación chilena (Ps. Erik Marín C., 2004)

Este instrumento de auto informe fue desarrollado en Estados Unidos por el psicólogo Sheldon Cohen de la Carnegie Mellon University, y fue adaptada y estandarizada en Chile en el año 2004 por el psicólogo Erik Marín. La misma evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes.

La escala Perceived Stress Scales (PSS) es un aporte importante al estudio del estrés, debido a su bajo costo, fácil aplicabilidad y alto nivel de confiabilidad demostrada (entre 0.85 y 0.92 alpha de Cronbach). Por lo tanto se es un instrumento que permite identificar de manera rápida aquellos individuos que se encuentren en situaciones de estrés y requieran de ayuda profesional para evitar un empeoramiento de su situación. (Erik Marín Cuevas, 2004).

Se destaca el haber utilizado esta escala en adaptación chilena ya que no se encontró su pertinente adaptación nacional y/o regional.

Administración, evaluación e interpretación

La administración de la escala se llevó a cabo de manera individual a continuación de la entrevista cerrada, siendo esta contestada personalmente por cada uno de los participantes. La misma consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación de la PSS-14 se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 7, 8, 9 y 10 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando todos los 14 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10).

El rango de puntuación varía entre 0 (mínimo estrés percibido) y 56 (máximo estrés percibido) para considerarlos psicológicamente vulnerables.

Al no utilizar la escala baremos, para poder interpretar los resultados se utilizó un procedimiento matemático que permitió transformar los puntajes brutos en valores interpretables de acuerdo a los gradientes de la escala Likert. Para ello se dividió el puntaje obtenido por cada sujeto por la cantidad de ítems que integra la escala (14), obteniendo así un puntaje que va desde 0 a 4. Lo cual indicaría que aquellos sujetos que puntuaron 0 no se han sentido nunca estresados en el último mes, los que puntuaron 1 casi nunca, 2 de vez en cuando, 3 a menudo y 4 muy a menudo.

3.5.1.3. *Cuestionario del Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandin y Chorot, 2003)*

El cuestionario de afrontamiento al Estrés es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento:

- Focalizado en la solución del problema (FSP)
- Autofocalización negativa (AFN),
- Reevaluación positiva (REP)
- Expresión emocional abierta (EEA)
- Evitación (EVT)
- Búsqueda de apoyo social (BAS),
- Religión (RLG)

Cada uno de los estilos posee 6 ítems, que están distribuidos a lo largo de 42 preguntas.

La fiabilidad (consistencia interna) del CAE se ha analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem-subescala, considerados conjuntamente, se puede decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que cada subescala posee sólo 6 elementos. (Sandin, Chorot, 2003)

Al igual que en la escala de estrés percibido no existe adaptación nacional ni regional de la escala, por lo que se usó su versión española.

Administración, evaluación e interpretación

La administración de esta técnica fue de manera individual, y personal. Dicho cuestionario es de tipo Likert con 5 opciones posibles 0,1,2,3 y 4, por lo que, al momento de la evaluación e interpretación, se deben sumar los valores de las respuestas de cada ítem correspondiente a cada estrategia, para así tener un valor de cada una de ellas. El máximo puntaje a obtener por subescala es 24 y el mínimo 0

4. Procedimiento

Los sujetos evaluados fueron pacientes de la clínica privada de diagnóstico y tratamiento gastroenterológico HIGEA, de la cual es profesional el co- director de la presente investigación el Dr. Gastroenterólogo Sebastián Gutiérrez. El mismo, cuando consideraba que alguno de los pacientes que se encontraba atendiendo cumplía con los requisitos médicos para participar de la investigación, les comentaba la posibilidad de participar en el estudio ilustrándole sobre la misma y sobre mi rol. En caso de que el paciente accediera a participar, se me informaba y me retiraba con el sujeto a otro consultorio para proceder a la toma de las escalas.

Ya con el paciente, en primer lugar, se le explicaba en qué consistía el trabajo que yo llevaba a cabo con el Dr. y los alcances de la investigación, respondiendo a todas las dudas que surgieran. Posteriormente se le brindaba el consentimiento informado, para que tenga la posibilidad de firmarlo si estaban de acuerdo, y así participar de la investigación. Luego el paciente debía contestar la entrevista ad hoc, en segundo lugar la escala de estrés percibido y en último lugar el CAE. Todos los instrumentos al ser autoadministrables fueron respondidos personalmente por todos los pacientes, salvando todas las dudas que surgieran

5. Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software IBM SPSS Statistics 23. Se aplicaron nociones propias de la estadística descriptiva, se generaron tablas de distribución de frecuencias y se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad.

Capítulo V

“Presentación y discusión de Resultados”

1. Presentación de resultados

1.1 Entrevista ad hoc: caracterización de la muestra

Como se mencionó anteriormente los participantes de esta investigación fueron 30 sujetos, de los cuales 24 fueron mujeres y 6 hombres, lo que se traduce en que el 80% del total de la muestra fueron mujeres y el 20% hombres. (Tabla 1) Las edades estuvieron comprendidas entre los 24 y 77 años, con una media de 45,23 (DE=15,27). (Tabla 2)

Tabla 1: Frecuencia del género del total de la muestra

Género		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	24	80,0
Masculino	6	20,0
Total	30	100,0

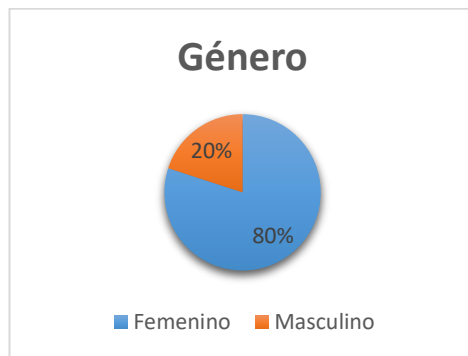


Figura 1: Género de los participantes

Tabla 2: Edad de los participantes

Edad	
Media	45,23
DE	15,269
Min	24
Max	77

En relación al estado civil al momento de la entrevista, el 30% de los sujetos se encontraban solteros/as, 46,7% casados/as, 10% en pareja conviviendo, 6,7% en pareja sin convivir, 3,3% viudos/as y el 3,3% divorciados/as (Tabla 3).

Tabla 3: Frecuencia del estado civil del total de la muestra

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	30,0
Casado	14	46,7
Viudo	1	3,3
Divorciado	1	3,3
Pareja conviviendo	3	10,0
Pareja no conviviendo	2	6,7
Total	30	100,0

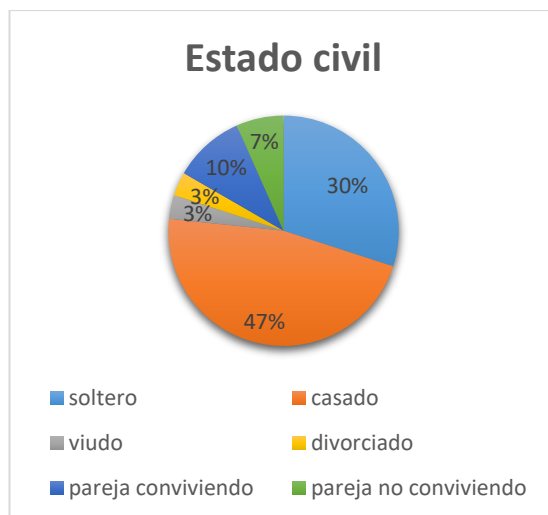


Figura 2: Estado civil de los participantes

En cuanto a los eventos estresantes sufridos en el último año, el 46,7% no había sufrido ningún evento estresante, el 40% solo uno y el 13,3% dos eventos (Tabla 4). Con respecto al consumo de psicofármacos ansiolíticos y antidepresivos, el 70% de los sujetos encuestados no tomaba medicación de este estilo y el 30% sí (Tabla 5).

Tabla 4: Frecuencia de los eventos estresantes vividos en el último año por el total de los participantes

Eventos estresantes sufridos		
	Frecuencia	Porcentaje
0	14	46,7
1	12	40,0
2	4	13,3
Total	30	100,0



Figura 3: Eventos estresantes sufridos en el último año por los participantes

Tabla 5: Frecuencia del consumo de psicofármacos ansiolíticos y antidepresivos del total de la muestra

Consumo de psicofármacos		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	30
No	21	70
Total	30	100

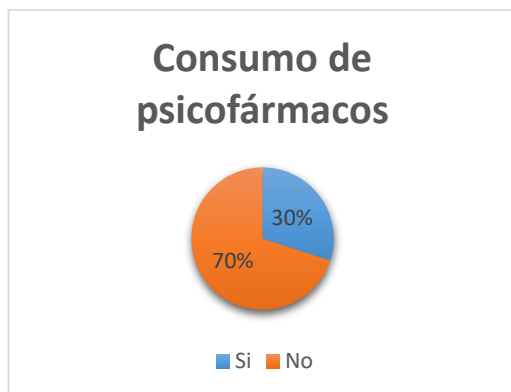


Figura 4: Consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos de los participantes

1.2 Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

Para responder al primer objetivo específico de esta investigación: “Determinar si el nivel de estrés percibido en los pacientes los coloca en un lugar de vulnerabilidad psicológica” se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983 citados en adaptación chilena Marín, 2004).

De la muestra de participantes, se pudo obtener una media de 2,21 (DE=0,39), en relación a los puntajes interpretables obtenidos, los cuales podían ir de 0 a 4 como ya se mencionó anteriormente. Esto se traduce en que la mayoría de los sujetos que integraron la muestra, durante el último mes, se sintieron con moderada frecuencia estresados, reflejando así una percepción de estrés de baja a moderada, ya que la media no alcanzó ni sobrepasó los 2,5 puntos. El máximo puntaje obtenido fue de 2,79, lo cual refleja que ninguno de los participantes obtuvo un puntaje significativamente alto que ilustre una percepción de estrés severa. (Tabla 6)

Tabla 6: Estadísticos descriptivos del estrés percibido por el total de la muestra (n=30)

Estrés percibido	
Media	2,2180
DE	,39629
Min	1,14
Max	2,79

Los niveles de estrés percibidos consignados son coincidentes con los datos recabados en la entrevista con respecto a los sucesos vitales estresantes vividos en el último año, ya que a pesar del amplio espectro de edad de la muestra el 40% de los participantes no vivió ninguno de los eventos mencionados en la encuesta. Del 60% restante que consignaron haber vivido un o más de estos eventos, solo 4 sujetos manifestaron haber vivenciado más del 50% de los mencionados, y, a pesar de ello, ninguno de los sujetos pareció verse afectado por ellos de modo tal que estos hayan afectado de manera significativa su percepción de estrés durante el último mes.

1.3 Cuestionario del Afrontamiento del Estrés (CAE)

Para responder al segundo objetivo específico de la presente investigación: “Determinar la existencia de algún estilo de afrontamiento común entre los pacientes” se obtuvieron los siguientes estadísticos descriptivos del CAE. (Sandín y Chorot, 2003)

La estrategia de afrontamiento que se presentó con mayor frecuencia en el 19% de los participantes fue la Reevaluación Positiva (REP) (Media 16,23 DE=4,33), en segundo lugar se presentó la estrategia de Focalización en la Solución del Problema (FSP) (Media 14,73 DE=5,95), la cual es utilizada con mayor frecuencia por el 17% de los sujetos de la muestra, y en tercer lugar con un 15% de frecuencia de uso entre los participantes se presentó la Evitación (EVT) (Media 12,47 DE=5,06).

Búsqueda de apoyo social (BAS) (Media 11,60 DE=6,77) se presentó como estrategia de afrontamiento predominante en un 14% de los participantes, un 13% utiliza con mayor frecuencia la Religión (RLG) (Media 10,80 DE=8,79) y ocupando los últimos lugares encontramos la Expresión Emocional Abierta (EEA) (Media 10,60 DE=4,01) presente como estrategia predominante en un 12% de los sujetos y finalmente la Autofocalización Negativa (AFN) (Media 8,40 DE=3,51) es utilizada como estrategia principal en un 10% de los sujetos de la muestra. (Tabla 7)

En cuanto a los estadísticos descriptivos se destaca que con respecto a los puntajes mínimos y máximos de cada subescala hubieron sujetos que puntuaron muy alto en estrategias bajas en frecuencia porcentual como la Religión o la Expresión emocional abierta, y que a su vez hubieron sujetos que puntuaron muy bajo en estrategias altas en frecuencia como la Reevaluación positiva (REP) y la estrategia de Focalizado en la Solución de Problemas (FSP). (Tabla 8) Esto nos muestra que más allá de las frecuencias obtenidas, se puede observar una gran variabilidad en el uso de las estrategias de afrontamiento en los sujetos participantes.

Tabla 7: Frecuencias porcentuales de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes.

Frecuencias Porcentuales	
Reevaluación positiva	19%
Focalizado en la solución de problemas	17%
Evitación	15%
Búsqueda de apoyo social	14%
Religión	13%
Expresión emocional abierta	12%
Autofocalización negativa	10%

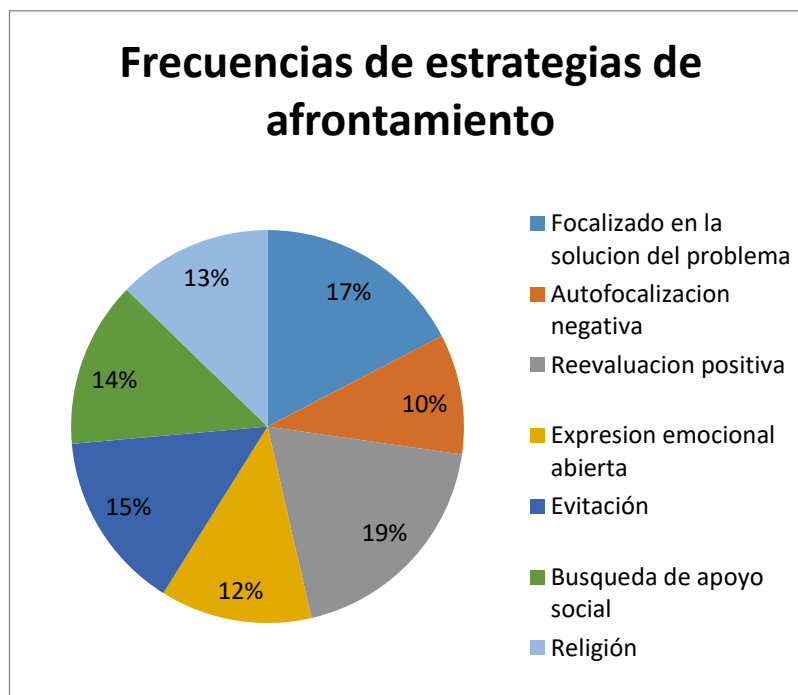


Figura 5: Frecuencia de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes

Tabla 8: Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes

	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Media	14,73	8,40	16,23	10,60	12,47	11,60	10,80
DS	5,948	3,510	4,329	4,014	5,063	6,770	8,790
Min	1	1	9	1	2	0	0
Max	23	15	24	19	22	24	24

2. Discusión de resultados

De los datos obtenidos se desprende que los pacientes con colon irritable que conforman la muestra de esta investigación no poseen niveles significativamente altos de estrés, por el contrario, poseen una percepción de estrés moderada, que no llega a ser una percepción del mismo frecuentemente presente en sus vidas, o por lo menos en el último mes. Recordando que, al margen de la media obtenida (2, 21 DE 0,39), el máximo puntaje obtenido por alguno de los sujetos (2, 79) no llegaba a calificar como una percepción de estrés frecuente o muy a menudo (equivalente a un puntaje de 3) en el último mes.

A los fines de esta investigación se cita nuevamente a Cohen, Kamarck y Melmenstein (1983) quienes definen al estrés percibido como:

“El grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas, es decir, el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables” (p.386)

Este descontrol autopercibido es lo que se traduce posteriormente como malestar. En base a esa definición podemos inferir que los pacientes con síndrome del intestino irritable evaluados solo de vez en cuando sienten que no pueden ejercer control sobre los sucesos y acontecimientos que suceden en sus vidas. Si bien hubo sujetos que puntuaron con el máximo puntaje en algunos ítems de la escala, el puntaje total de la misma nunca superó los 3 puntos

En relación a los eventos estresantes sufridos, pérdida de un ser querido, divorcio, desempleo y jubilación, es llamativo que siendo la población tan heterogénea en cuanto a edades solo un porcentaje bajo (13%) manifestó haber vivido en el último año por lo menos dos de ellos, y

ningún sujeto sufrió más del 50% de los eventos nombrados. Esto podría influir también en los puntajes de estrés percibido obtenido, ya que diversas condiciones sociales como estos eventos, pueden actuar como agentes estresantes y modificar el estatus de la salud de los individuos, provocando altos niveles de estrés y afectando a su vez, no solo a la salud sino a la calidad de vida y longevidad de los sujetos (Cockerham, 2001, citado en Sandín, 2003). En base a los resultados obtenidos se observa que en los sujetos que consignaron haber vivenciado 1 o más de estos eventos los mismos no estarían provocando altos niveles de estrés.

Por otro lado, no se encontraron tendencias entre los datos sociodemográficos tales como la edad y el estado civil con la percepción de estrés, ya que los puntajes obtenidos por los sujetos en la PPS-14 fueron variados. Por ejemplo, con respecto al estado civil, se observaron sujetos solteros con percepción de estrés moderada y de igual modo con una percepción de estrés baja. Lo mismo aconteció con los sujetos casados, pudiendo inferir que en este estudio, sumado el hecho de que es una muestra chica, no se puede determinar una tendencia o relación entre ambas variables.

En cuanto a las estrategias del afrontamiento del estrés, la más utilizada por los pacientes fue la Reevaluación Positiva (REP) con una frecuencia de aparición del 19% de los casos, una estrategia centrada en la emoción que consiste en percibir el evento estresante, y centrarse en los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación. En segundo lugar, encontramos la Focalización en la Solución del Problema (FSP) que se pudo observar en el 17% de los casos, una estrategia de tipo activa que consiste en analizar las causas del problema, plantear y ejecutar soluciones para afrontar la situación. En tercer lugar se puntuó la estrategia de Evitación (EVT) en el 15% de los sujetos, también centrada en la emoción, donde la persona prefiere no pensar en el problema concentrándose en otras cosas.

Desde el punto de vista de las funciones de las estrategias, centradas en el problema o en la emoción, Cooper y Watson (1991) citados en Montero (2011) apuntan a que los aspectos activos del afrontamiento parecen estar relacionados con los trastornos cardiovasculares y los pasivos con las úlceras pépticas. Al respecto, Folkman y Lazarus (1984) sostienen que en general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno; cambiando así el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo para mitigar el estrés. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

En base a lo anterior y basándonos en los puntajes obtenidos en la PPS-14 donde la percepción de estrés general de la muestra fue baja-moderada, y por lo tanto se presume que los pacientes encuestados perciben tener cierto control sobre los sucesos y acontecimiento que ocurren en sus vidas, concordaría con que se utilizara en los primeros lugares la estrategia de Focalizado en la solución de problemas (FSP). Esto es así ya que, como se explicó anteriormente, es una estrategia de tipo activa centrada en el problema, y las estrategias de este tipo se utilizan mayormente cuando el sujeto percibe que tiene un cierto control sobre la situación y que puede llevar a cabo acciones dirigidas a solucionarlo. Esto es positivo ya que el afrontamiento activo parece estar relacionado con la salud en mayor medida que el afrontamiento pasivo y aunque la Reevaluación positiva (REP) este catalogada como una estrategia pasiva es considerada generalmente como una estrategia adaptativa, ya que ante una situación que se percibe como incontrolable tratar de centrarse en los aspectos positivos para cambiar la rotulación de la misma es una salida sana.

A pesar de las frecuencias de aparición, ninguna estrategia fue utilizada por el 50% o más de los participantes, con lo cual no se puede decir que exista una estrategia de afrontamiento común a los sujetos con SII. Sería más acertado hablar que dentro de la muestra se observa una gran variabilidad en el uso de las estrategias. Esto se ve reflejado en el hecho de que a pesar de los porcentajes obtenidos, hay estrategias que a pesar de ocupar los últimos lugares en frecuencia de aparición revisten gran importancia para algunos de los sujetos, ya que obtuvieron el máximo puntaje en la misma. De igual modo se observa que en las subescalas de las estrategias que obtuvieron las mayores frecuencias de aparición hubo sujetos que puntuaron muy bajo, lo cual demuestra que la misma no reviste la misma importancia para todos los sujetos participantes.

Es por ello que aún queda mucho por conocer acerca de este síndrome y su posible relación con las características personales de quienes lo padecen. Solo de esa forma se logrará comprender de formas más acabada los aspectos de la salud mental de estas personas y las posibles líneas de intervención de parte de la ciencia psicológica.

Por otra parte, los resultados obtenidos concuerdan con la investigación citada anteriormente de Cano, et.al (2006) donde se investigó la relación entre la calidad de vida, las estrategias de afrontamiento, la personalidad y el apoyo social en una muestra de 60 participantes (43 mujeres y 17 varones) con diagnóstico de dispepsia no ulcerosa, otro trastorno funcional digestivo que, al igual que el SII, pertenecen a la clasificación donde se da el predominio del malestar abdominal como síntoma. En ambos trastornos se encuentra alterado el eje cerebro intestinal.

En dicha investigación se encontró que los pacientes con dispepsia utilizan adecuadas estrategias de afrontamiento, utilizando la mayoría de la muestra con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento de focalización de resolución de problemas, reevaluación positiva y evitación. Lo cual a su vez, no coincide con estudios anteriores, en los cuales se planteaba que los pacientes con síntomas dispépticos tienen apreciaciones inadecuadas sobre la propia salud y utilizan estrategias de afrontamiento negativas.

Finalmente, es importante destacar que no existe una estrategia en si misma universalmente efectiva o inefectiva. Esto es así ya que el manejo no debe medirse aislado de sus resultados. De este modo, cualquier forma de afrontamiento puede ser positiva o negativa en función de diversos determinantes situacionales y personales. Por lo cual hay que siempre tener en cuenta las condiciones particulares de cada persona, ya que cada una se encuentra en una situación específica, y a partir de ahí se puede determinar si las estrategias implementadas son adaptativas o no (Lazarus, 1999).

3. Conclusiones y propuestas

Dadas las características de la muestra de este trabajo las conclusiones no pueden ser generalizadas a todas las personas que padezcan síndrome del intestino irritable, sino que solo son válidas para describir al grupo de participantes que formaron parte de esta investigación.

La finalidad fundamental de este estudio fue poder describir la percepción de estrés y las estrategias de afrontamiento que se presentan en el paciente con síndrome del intestino irritable. La intención es aportar información valiosa que ayude al desarrollo de investigaciones futuras que también tengan el objetivo de mejorar la calidad del abordaje integral, y específicamente psicológico, de aquellas personas que padecen este tipo de patología.

Con respecto a la percepción de estrés de los pacientes con síndrome del intestino irritable, podemos afirmar que de los datos obtenidos en la PPS-14 los niveles de estrés de la muestra fueron bajo-moderados. Es decir, que estos sujetos durante el último mes sintieron solo de vez en cuando, o de modo poco frecuente, no poder controlar los sucesos y acontecimientos que acontecían en sus vidas. Por consiguiente el malestar psicológico proporcional a la correspondiente percepción de estrés de los participantes no llegaría a niveles que puedan traducirse en vulnerabilidad psicológica para los mismos.

Al respecto es importante destacar y resaltar algunos aspectos y limitaciones de esta investigación que pueden influir en los resultados obtenidos. En primer lugar la muestra fue obtenida en una clínica de tratamiento y diagnóstico privada, con lo cual se infiere (tomando en

cuenta también las entrevistas) que los participantes de la investigación pertenecen, por lo menos, a un nivel socioeconómico medio y/ o alto. De este modo el estrés económico, que tomando en cuenta el contexto actual y social argentino es un factor de estrés de gran incidencia en la población, no se encontraría presente de una manera principal. Para ilustrar esto, del porcentaje de pacientes que manifestó haber sufrido alguno de los eventos estresantes nombrados en la encuesta (53%) ninguno menciono como tal el desempleo.

La cuestión del contexto y las características socioeconómicas de los pacientes seleccionados para la presente investigación abren los interrogantes para pensar si los resultados obtenidos con respecto al estrés variarían si, por ejemplo, la muestra de pacientes se hubiera obtenido en un hospital público. Con esto se abre la posibilidad de, en un futuro, ampliar este estudio de forma comparativa con pacientes de hospitales estatales.

Otra limitación a consignar es que como se mencionó anteriormente no existe adaptación local de la escala de estrés percibido, con lo cual los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a la población en la cual se aplicó, ya que la percepción de estrés de los sujetos podría estar sesgada por factores socioculturales no contemplados en la escala para la población a la cual se administró.

En relación a los datos obtenidos en el CAE, se observa gran variabilidad en el uso de las estrategias de afrontamiento por parte de los sujetos. Sin embargo, dados los porcentajes obtenidos se observa un predominio de estrategias de afrontamiento al estrés adaptativas, siendo estas la Revaluación positiva (REP) (19%) y la Focalización en la solución de problemas (FSP) (17%). En tercer lugar se ubica la Evitación (EVT) y en cuarto la Búsqueda de apoyo social (BAS). En los últimos lugares se encuentra la Religión (RLG), la Expresión emocional abierta (EEA) y en último lugar la Autofocalización Negativa (AFN).

La presente investigación ubica a las estrategias de afrontamiento del estrés como los posibles mediadores entre la salud y enfermedad de los individuos que padecen SII, partiendo de la premisa de que un manejo ineficaz del estrés puede llegar a exacerbar la sintomatología del síndrome. Al respecto se puede concluir que los pacientes de esta muestra utilizan tanto estrategias centradas en la emoción y centradas en el problema, lo cual refleja flexibilidad al momento de seleccionar acorde a las diversas circunstancias los modos de enfrentarlos. El hecho de que la frecuencia del uso de la estrategia FSP sea de las más altas refleja que hay cierto activismo por parte de los sujetos al momento de hacer frente a situaciones estresantes de una manera planificada e intentando y poniendo en práctica determinadas soluciones, lo cual se asocia con modos de

afrontamiento saludables. Esto podría incidir en el hecho de que la percepción de estrés de los pacientes fue baja-moderada

Es importante destacar que si bien hubo una frecuencia predominante en determinadas estrategias, hubo sujetos que puntuaron muy alto en subescalas que ocuparon los últimos lugares en frecuencia, como por ejemplo la Religión (13%) y otros sujetos puntuaron muy bajo en las estrategias que más se utilizaron como la Focalización en la solución de problemas o la Reevaluación positiva. Es decir, que hay sujetos que utilizan mucho estrategias que ocuparon en frecuencia los últimos lugares y sujetos que no utilizan casi nada las estrategias que ocuparon los primeros lugares en frecuencia. Por lo cual es importante resaltar, sumado a que es una muestra chica, que no se puede determinar que el uso de las estrategias REP y FSP como predominantes sea una característica común de los pacientes con SII.

Para hacer un resumen de lo concluido, se puede afirmar que los pacientes con síndrome del intestino irritable encuestados presentan una percepción de estrés baja-moderada, lo cual no los coloca en un lugar de vulnerabilidad psicológica y que presentan una amplia variabilidad en el uso de las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, en esta investigación se observa en mayor frecuencia entre los pacientes la estrategia de afrontamiento Reevaluación Positiva y en segundo lugar la Focalización en las soluciones del problema.

Dado que el fin de la investigación era conocer distintos aspectos psicológicos del paciente con síndrome del intestino irritable, se detallarán una serie de ideas y propuesta personal, acerca de cómo llevar a cabo una intervención psicológica en pacientes con trastornos digestivos funcionales.

Recapitulando, el Síndrome del intestino irritable es, por definición, un trastorno de la alteración del eje cerebro- intestino. A lo largo de esta investigación se ha podido comprender como factores tales como el estrés y la ansiedad afectan al estómago dado esta comunicación bidireccional entre el cerebro y el estómago. Es por ello que en base a lo expuesto en el marco teórico y a lo concluido en esta investigación mi propuesta personal se basa en una posible orientación terapéutica desde el enfoque de las psicoterapias breves. Esto es así ya que el SII es un trastorno que suele producir deterioro en la calidad de vida de los pacientes, y por consiguiente, mucho malestar no solo físico sino también psíquico, por lo que creo importante hacer énfasis en que los pacientes puedan ver resultados en el corto plazo.

Como se ha mencionado recientemente el estrés y la ansiedad exacerbaban los síntomas gastrointestinales, por lo cual es de suma importancia el poder detectar el origen de los mismos o aquellas situaciones que los producen. En relación a esto me parece de utilidad la utilización de

técnicas provenientes de lo cognitivo conductual, trabajando por ejemplo con planillas de auto registro y posteriormente con técnicas como la detención del pensamiento, lo cual ayudaría a identificar y eliminar patrones perseverantes de pensamiento que son improductivos y generadores de ansiedad. Tanto la misma como el estrés podrían elaborarse también a través de técnicas de relajación o visualización, lo cual podría disminuir también el consumo de medicación psicofarmacológica. En esta investigación el 30% de los pacientes consignó encontrarse tomando actualmente ansiolíticos o antidepresivos. Estas técnicas son importantes en tanto a través de una modificación en la conducta del paciente, se mejore en consecuencia la sintomatología digestiva.

Con respecto a la evaluación y abordaje de las estrategias de afrontamiento es importante recordar, como se dijo anteriormente, que las mismas no pueden medirse aisladas de sus resultados, es decir que la eficacia de las mismas está relacionada con el grado en que se consiguen las metas generales del afrontamiento: reducir el malestar emocional y solucionar el problema. De este modo las estrategias de afrontamiento pueden diferenciarse en efectivas o no adaptativas en función de las consecuencias (positivas o negativas) para las que el individuo las utiliza.

Con lo cual sería importante como sugerencia para un futuro abordaje terapéutico trabajar con la evaluación de la efectividad de las estrategias de afrontamiento del estrés, ya que si bien pueden ser estas a simple vista adaptativas, puede que estas no estén dando los resultados deseados por ser inapropiadas para la situación que se intenta enfrentar.

En mi opinión la Expresión Emocional Abierta (EEA), la cual en este estudio aparece entre los últimos lugares en frecuencia, sería una estrategia importante a desarrollar con los pacientes con SII, ya que acorde a lo expuesto, las emociones que no pueden ser racionalizadas pueden impactar en el sistema nervioso entérico a través del eje cerebro intestino produciendo síntomas gastrointestinales. Emociones como el miedo, la ira, la ansiedad, los estímulos dolorosos, y el estrés físico pueden estimular la función motora del colon, disminuyendo el tiempo de tránsito, el aumento de la actividad contráctil, la inducción de defecación, y los síntomas de la diarrea a través del eje cerebro- intestino. Es por ello que sería de suma importancia la identificación y elaboración de las mismas. Esto se podía trabajar a nivel terapéutico desde técnicas más holísticas que conciben al paciente como un todo, integrando pensamiento, emoción y acción. Esto se podría llevar a cabo, por ejemplo, a través de un registro diario de diversas situaciones pudiendo distinguir y definir: pensamiento “¿Que me digo a mi mismo?”, emoción “¿Qué siento al respecto?” y acción: “¿Qué hago con ello?”. Con respecto a la expresión de las emociones, considero que también se podría trabajar, en caso de considerarse pertinente el desarrollo de la conducta asertiva.

La psicoeducación es fundamental también como complemento de la orientación psicológica, los hábitos de vida saludables, la actividad física, el sueño reparador, actividades recreativas, y disminución de hábitos tóxicos, complementados con el adecuado tratamiento médico pueden mejorar enormemente la calidad de vida de estos sujetos. El manejo de información fehaciente y correcta con respecto a su enfermedad es también fundamental para el paciente, ya que le permite sentir que ejerce un cierto control sobre su patología, disminuyendo la ansiedad. Por lo cual, en caso de que el paciente no venga derivado, es importante indagar que cree y que sabe el paciente acerca de su salud o de las circunstancias que lo llevaron a consultar.

A partir de los interrogantes planteados, y muchos más que puedan aparecer en el camino que implica realizar una investigación, quedan líneas abiertas para futuras investigaciones que puedan aportar nuevas ideas, información e interrogantes; creo que aún queda mucho para indagar acerca de los tipos de tratamientos psicológicos más efectivos para pacientes con trastornos funcionales digestivos, sin perder de vista como horizonte la mejora en la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad como también la promoción y prevención de la salud.

Referencias Bibliográficas

Anderson, C.R (1977) Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. *Journal of Clinical Biofeedback*. 5 3-16

Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos F (compiladores). (1995). *"Manual de Psicopatología"*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill

Benasayag, R., Feixas i Viaplana, G., Mearin, F., Saúl Gutiérrez, L. Á., & Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal Of Clinical And Health Psychology (4) 1*, 105-119. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/54690>

Benett, P y Morrison V (2008) *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación

Boeree, C. G. (2007). El sistema nervioso emocional. En C.G, Boeree, *Psicología general (pp 1-4)* Pensilvania: Departamento de psicología de la universidad de Shippensburg

Bonet, José (2003) *El estrés como factor de vulnerabilidad: de la molécula al síndrome*. Trabajo presentado en Simposio Gador, Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA,

Campo-Arias, A; Bustos-Leiton JG; Romero-Chaparro ,A (2009) Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichán*, 9 (3) Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300007

Cano, E., Quiceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Tobón, S., & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5(3), 511-520. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a07>

Centeno, M. N. (2004). *"Afrontamiento y oncología pediátrica. Fortalezas familiares ante el desafío"* (Tesina de Licenciatura en psicología inédita) Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina

Centeno, Noelia (2016) *Estrés y función inmune*. Trabajo presentado en módulo de posgrado abordaje psicoterapéutico en pacientes con enfermedades médicas, abril, Mendoza.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24 (4) 385-396.

Definición de salud OMS recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Douglas A. Drossman (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 2016; 150, 1262–1279

Estadísticas Sociedad Argentina de Gastroenterología recuperadas de http://www.sage.org.ar/nueva/pac_prev_sii.php

Etimología del concepto de estrés recuperado de <http://etimologias.dechile.net/?estre.s>

Felipe Castaño, E y León del Barco, B (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10 (2) 245-257

Fermín Mearin, Miguel A. Montoro (2012). Síndrome de intestino irritable. En Montoro, Miguel A; García Pagán, Juan Carlos (Ed), *Problemas Comunes en la Práctica Clínica - Gastroenterología y Hepatología* (pp. 523- 568). Barcelona: Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Centro Médico Teknon.

Fernández Rodríguez, C. (1989). Tratamiento psicológico en el síndrome del intestino irritable. *Psicothema*, 1 (1-2). 71-85

Furness, J. B (2006). *The enteric nervous system* .Massachusetts: Blackwell Publishing Inc.

González, M., & De Ascencao, M. (2005). Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 28(2), 139-145. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Mariela_Gonzalez13/publication/283123945_Sindrome_de_Intestino_Irritable_Aspectos_Psicologicos/links/562c1f5008ae518e34810330.pdf

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C & Baptista Lucio, P. (2008) *Metodología de la Investigación*. La Habana: Feliz Varela, 475

Hoffman, C (2008): *"Influencia del grupo terapéutico como factor de reducción del estrés en mujeres con Cáncer de mama"* (Tesina de Licenciatura en psicología inédita) Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina

Lauría Blanco, A V (2010): *"Estrategias de Afrontamiento, Locus de Control De Salud y Significado Psicológico en personas con Cáncer de Mama"* (Tesina de Licenciatura en psicología inédita) Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina

Lazarus, R (1999). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Nueva York: Springer publishing Company, Inc.

Lazarus, R; Folkman, S (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Nueva York: Springer publishing Company, Inc.

Montero, I (2011). *Apoyo social y afrontamiento en la enfermedad cardiaca*. Tesis de licenciatura para obtener el título de psicóloga. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/13346/1/T31110.pdf>

Montaño, J. I., Dossman, X., Herrera, J. A., Bromet, A., & Moreno, C. H. (2006). Helicobacter pylori and psychosocial stress in patients with chronic gastritis. *Colombia Médica*, 37(2), 39-44.

Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200008&script=sci_arttext

- Navarro, X. (2002). Fisiología del sistema nervioso autónomo. *Revista Neurol*, 35(6), 553-62.
- Oblitas Guadalupe, L. A. y otros. (2004). *"Psicología de la salud y calidad de vida"*. México: Editorial Thompson.
- Peralta-Ramírez, M. I., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N., & Jiménez-Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud mental*, 32(3), 251-258.
- Pereira, M. L. N. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revedu.v33i2.511>
- Ps. Erik Marín Cuevas (2004) *Estandarización de las escalas, perceived stress scale de cohen et. al. [pss-14]. escala magallanes de estrés [emest], y estudio comparativo del resultado de ambas escalas en una muestra de profesionales del área metropolitana de Santiago de Chile*. Santiago de Chile: Universidad Santo Tomás. Recuperado de:
http://www.psy.cmu.edu/~scohen/chile_spanish_PSS_article.pdf
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ªed.). Consultado en <http://dle.rae.es>
- Rodriguez, A; Cristóbal Escalona,L; Chávez Barsuto, C; Mejía Loza, MI (2001) Tratamiento psicofisiológico en pacientes con colon irritable. *Med. Interna* 17(5), 224- 228
- Rodriguez, C. F (1992). Intervención conductual, en el Síndrome del Intestino irritable: dos estudios clínicos. *Psicothema*, 4(2), 513-530.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1).
DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Sierra, JC; Ortega V y Zubeldat I (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal estar e subjetividade*, 3 (1), s.p
- Stephen J. Vanner, Beverley Greenwood-Van Meerveld, Gary M. Mawe, Terez Shea-Donohue, Elena F. Verdu, Jackie Wood, and David Grundy (2016) Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Science. *Gastroenterology* 2016; 150:1280–1291
- Vinaccia, S; Fernández H, Amador, O; Tamayo, RE; Vásquez, A; Contreras F; Tobon S; Sandin B (2005) Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia psicológica*, 23 (2) 65-74

Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado

Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

HIGEA

Consentimiento Informado

Mendoza, Argentina, a ___ de _____ del 2016.

Por medio de la presente, hago constar por mi propio derecho, que estoy de acuerdo en formar parte del proyecto de investigación correspondiente a la tesis de grado "*Estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con síndrome del intestino irritable*". La misma corresponde a Macarena Navarro Ferrandi, y se encuentra a cargo de a Lic. Noelia Centeno y del Dr. Sebastián Gutiérrez

Para la misma se me harán una serie de preguntas debiendo responder, si es preciso, a dos cuestionarios. Esto puede suponer simplemente un esfuerzo de tiempo y ningún riesgo para mi salud.

De la evaluación que se realice, la información proporcionada y recabada es absolutamente confidencial y anónima, de igual forma, el uso de la misma será sólo con fines de investigación, así como los fines estrictamente académicos.

La participación en este estudio es libre y voluntaria, pudiendo retirarme del mismo en cualquier momento de así desearlo. En caso de querer conocer los resultados de las encuestas a las que ha respondido, seré informado una vez finalizado el estudio.

He tenido la oportunidad de leer esta declaración de consentimiento informado y acepto participar en la investigación.

Firma:

Anexo II: Entrevista ad hoc

Marque con una cruz lo que corresponda:

Edad:

Sexo: Femenino

Masculino

Estado civil: Soltero

Casado

Viudo

Divorciado/ Separado

En pareja: Conviviendo

Sin convivir

¿Ha sufrido alguno de los siguientes eventos estresantes en el último año?:

- Perdida de algún ser querido

- Desempleo

- Divorcio

- Jubilación

¿Consume regularmente ansiolíticos o antidepresivos?

SI

NO

Anexo III: Escala de estrés percibido (PPS-14)

**Escala de Estrés Percibido
(Perceived Stress Scale) PSS-14**

Adaptado en Chile por Erik Marín C., Psicólogo

(From the english version published by Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983).

Marque con una cruz “x”, la opción que indique de mejor manera la situación actual que usted vive, considerando el último mes.

Durante el último mes, con qué frecuencia ha estado afectado por alguna situación que ocurrió inesperadamente.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de su vida.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
--------------	-------------------	-------------------------	-----------------	---------------------

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Durante el último mes, con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las cosas le salen bien.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

En el último mes, con qué frecuencia ha sentido no poder afrontar todas las cosas que debía realizar.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que está al control de todo.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido molesto, porque los sucesos que le han ocurrido, estaban fuera de su control.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia ha pensado sobre aquellas cosas que le quedan por lograr.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia ha podido controlar su tiempo.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Anexo 4: CAE

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre.....Edad..... Sexo.....

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [*aproximadamente durante el pasado año*).

0 Nunca- 1 Pocas veces -2 A veces- 3 Frecuentemente - 4 Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente 0 1 2 3 4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal 0 1 2 3 4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema 0 1 2 3 4
4. Descargué mi mal humor con los demás 0 1 2 3 4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas 0 1 2 3 4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía 0 1 2 3 4
7. Asistí a la Iglesia 0 1 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados 0 1 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas 0 1 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema 0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas 0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema 0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) 0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo 0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema 0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás 0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás 0 1 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema 0 1 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema 0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema 0 1 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación 0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes 0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas 0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema 0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal 0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación 0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas 0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema 0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» 0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente 0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir 0 1 2 3 4
35. Recé 0 1 2 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema 0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran 0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor 0 1 2 3 4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos 0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo 0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos 0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar 0 1 2 3 4