

NARRATIVAS DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

NARRATIVES OF PATIENTS WITH SYNDROME IRRITABLE BOWEL: AN EXPLORATORY STUDY

Alejandra Rodríguez¹; Constanza Lara²; Manuel Sanchis³

Centro de Psicosomática Chile
Santiago de Chile

Resumen: El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es una enfermedad psicosomática cuya prevalencia ha aumentado considerablemente en los últimos años. Tiende a presentar comorbilidad con otros cuadros psicopatológicos como la ansiedad, fobias, hipocondría y depresión, lo cual otorga mayor complejidad al tratamiento médico y psicoterapéutico. Existe escasa evidencia empírica sobre tratamientos psicoterapéuticos que ayuden a estos pacientes a lidiar con la sintomatología.

La presente investigación tuvo por objetivo describir las narrativas de pacientes que padecen Síndrome de Intestino Irritable; y explorar el rol que cumplen estas narrativas en la constitución y mantenimiento de la enfermedad. Se seleccionaron dos pacientes mujeres con diagnóstico médico de Síndrome de Intestino Irritable y se realizó una entrevista en profundidad. El diálogo fue transcrito a texto y los datos fueron analizados desde el Enfoque Biográfico. Los resultados muestran que las pacientes padecen altos niveles de alexitimia, pensamiento operatorio y dificultades en la expresión emocional. Se propone un abordaje psicoterapéutico basado en la modificación de las narrativas con el objetivo de cambiar la cualidad afectiva del relato y de la relación de la paciente con su propia historia.

Palabras clave: Síndrome Intestino Irritable, Narrativas, Alexitimia, Pensamiento Operatorio, Psicosomática, Personalidad Sobreadaptada.

Abstract: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a psychosomatic disease whose prevalence has increased considerably in recent years. Tends to present comorbidity with other psychopathology such as anxiety, phobias, hypochondria and depression, which gives more complex medical and psychotherapeutic treatment. There is little empirical evidence on psychotherapeutic treatments to help patients cope with these symptoms. The research aimed to describe the narratives of patients suffering from Irritable Bowel Syndrome; and explore the role that these narratives in the establishment and maintenance of the disease. Two women were selected patients with medical diagnosis of Irritable

¹ Alejandra Rodríguez. Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile. Directora del Centro de Psicosomática Chile

² Constanza Lara. Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile.

³ Manuel Sanchis. Psicólogo. Magíster en Psicología Clínica. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile.

Bowel Syndrome and an in depth interview was conducted. The dialogue was transcribed text and data were analyzed from the Biographical Approach.

The results show that patients have high levels of alexithymia, operative thinking and difficulties in emotional expression. A psychotherapeutic approach based on the modification of the narrative in order to change the affective quality of the story and the relationship of the patient with his own history is proposed.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, Narratives, Alexitimia, Thinking Op, Psychosomatic,

INTRODUCCIÓN

“Los órganos lloran las lágrimas que los ojos se niegan a derramar”

Sir William Osler

En general, se entiende por enfermedad psicosomática una enfermedad somática causada por un conflicto mental de base. Se entiende como una historia de múltiples síntomas físicos que empieza antes de los 30 años y persiste en el tiempo, obligando a la búsqueda de atención médica o provocando un deterioro significativo a nivel social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (López-Ibor & Valdés, 2002). El factor psicológico estaría presente en el surgimiento, curso y desarrollo de la enfermedad. Y cuando nos referimos a factor psicológico se habla de un conflicto emocional que no se resuelve en lo mental sino que se tramita en el cuerpo (Nader et.al., 2010).

La evidencia científica indica un vertiginoso aumento en la prevalencia de la enfermedades psicosomáticas en el mundo (Kutter, 2001). De la misma manera, en nuestro ejercicio profesional cotidiano se evidencia un aumento de consultas por enfermedades psicosomáticas como motivo de consulta manifiesto o como una problemática secundaria, pero importante de considerar.

Burde de Izaguirre (1997), psicoanalista argentina, se cuestiona el rol de la sociedad actual en la somatización, postulando que uno de los grandes temores y angustias en la actualidad gira en torno al hecho de perder la identidad, ya que la complejidad de los problemas de este mundo y la aceleración que los acompaña, desarticulan la noción que tenemos de nosotros mismos y nuestra forma de actuar. Esto, sumado al exitismo y competencia actual, tendría como consecuencia la enfermedad psicosomática, ya que estaríamos inmersos en una sociedad que empuja a la sobreadaptación y al repudio de las emociones.

Nuestro mundo contemporáneo se mueve en la “era del vacío” como plantea Lipovetsky (2003), filósofo y sociólogo francés, es decir, hay una impronta implícita en la que la cultura

desacredita el mundo interior (de los afectos) a cambio de acreditar el mundo exterior, fundamentalmente el del hacer. Se privilegia el hacer por el sentir.

Vivimos en un nuevo siglo que ha ido gestándose basado en la tendencia a enfatizar lo externo en desmedro de lo interno, lo material en desmedro de lo espiritual, lo superficial en desmedro de lo profundo, el día a día en desmedro de la historia. Se sobrevalora lo intelectual, lo académico, lo cognitivo; en cambio los afectos son más bien negados y descartados, ya que denotan debilidad y vulnerabilidad.

El psicoanálisis recalca la concepción diacrónica del sujeto, mientras que el mundo actual nos enfrenta con una concepción sincrónica, la del suceso, la de lo actual e inmediato. El actuar es más validado que el sentir, así hemos ido perdiendo la capacidad de identificar nuestros afectos y de verbalizarlos (McDougall, 1991).

Debido a estos avances y fenómenos socioculturales es que la prevalencia de los cuadros psicossomáticos ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Por ejemplo, el Síndrome de Intestino Irritable (SII) afecta al menos un 25% de la población en Chile (Ramírez, 2008), generando un impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen. Esta condición es frecuentemente diagnosticada por gastroenterólogos (25-35%) y una de las causas más frecuentes de consultas ambulatorias en medicina general (Miquel, 2008).

Los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la enfermedad son dismotilidad e hipersensibilidad visceral, que a su vez se vinculan con alteraciones en el eje cerebro-intestinal. En general, se entiende por síndrome el conjunto de síntomas y signos que puede estar dado en varias enfermedades. Entonces, este síndrome hace referencia a síntomas atribuibles al tracto gastrointestinal medio y bajo: dolor abdominal, plenitud, meteorismo, distensión y trastornos de la defecación.

Ha recibido diferentes sinonimias: síndrome de intestino irritable (SII); síndrome de colon irritable (SCI); distensión abdominal; constipación funcional; diarrea funcional; trastorno funcional intestinal no especificado. El síntoma cardinal es el dolor abdominal o malestar abdominal crónico y recurrente, asociado a cambios en el hábito intestinal (Klinger, 2001).

Se estima que la frecuencia de estos síntomas en la población adulta es aproximadamente 10% en poblaciones occidentales, independiente del país y etnia. Se presenta fundamentalmente en edades medias de la vida (25-50 años) y en estudios poblacionales parece ser tan frecuente en hombres como mujeres. Sin embargo, sólo un tercio de las personas consultan por éstos síntomas, y las mujeres lo

hacen con una frecuencia 3 a 4 veces mayor a los hombres. En más del 50% de los casos los síntomas se inician antes de los 35 años. La aparición de estos síntomas después de los 50 años debe hacer sospechar una enfermedad orgánica antes de plantear que se trata de un SII. En general, los pacientes que consultan al médico por SII, tienen a su vez mayores demandas de atención de salud por otras causas (consultas por síntomas no digestivos, se operan más de causas ginecológicas, apéndice, cálculos en la vesícula biliar, etc.) (Miquel, 2008).

Estudios actuales asocian el SII con distintos síntomas y síndromes afectivos; como ansiedad, fobias, hipocondría y depresión (Woolthuis, 2004; Weinryb, 2003; Shaw, 1997); además de dichos síntomas, se ha asociado a historias de trauma severo y conductas relacionadas con su enfermedad desproporcionadas a sus molestias físicas (Bunmi, 2004). Otros estudios muestran la relación inversamente proporcional existente entre el SII y la calidad de vida de quien lo padece (Dancey, 2002; Simrén, 2001; Cano, 2006). De la misma manera, investigaciones se han centrado en el estudio del tratamiento psicológico del SII, manteniendo como foco la efectividad de las distintas modalidades de psicoterapia (Creed, 2005; Camilleri, 1999) específicamente en cuanto a la terapia cognitivo-conductual (Boyce, 2000) e hipnosis (Simrén, 2006; Gonsalkorale, 2003). Estudios empíricos han logrado establecer que todos los cuadros psicósomáticos tendrían como característica la alexitimia y el pensamiento operatorio (Sifneos, 1985; McDougall, 1991).

La alexitimia hace referencia a sujetos con una gran dificultad para identificar, diferenciar y expresar los afectos verbalmente. Esto se acompaña de una precaria capacidad para fantasear y una tendencia a canalizar emociones a través del cuerpo (Otero, 1999). Por otro lado, el pensamiento operatorio se caracterizaría por ser un pensamiento estereotipado, caracterizado por un pragmatismo cognitivo y una escasa capacidad para simbolizar (McDougall, 1991). Debido a lo anterior, la psicoterapia se transforma en un instrumento fundamental para el proceso de curación de estos pacientes. A través de la psicoterapia estamos compelidos como terapeutas a darle la importancia que merece el hablar de las emociones y del propio cuerpo. Las interpretaciones que realiza el terapeuta son aclaraciones de los estados emocionales del paciente con la posible integración con estados inconscientes disociados, lo cual es un movimiento central en el tratamiento de pacientes psicósomáticos (Kernberg, 2008).

McDougall (1991), por su parte, enfatiza la importancia de escuchar los mensajes somáticos como una comunicación infraverbal con un significado dinámico y económico propio. Lo simbólico (lenguaje) es quien nos atribuye un cuerpo y después nos lo otorga al unificarlo. El sujeto está en la palabra antes de tener cuerpo y permanece ahí aún después de la muerte (De Cristóforis, 2006).

De acuerdo a Maturana (1992), en la medida que hablamos el lenguaje puede modificar estructuras biológicas. El nombre no solo designa a la cosa sino que también cambia la cosa designada y enfatiza la postura nominalista. Cada persona genera y construye una teoría interior de su propio cuerpo, esa mirada podría modificar la realidad material (cuerpo). La imagen representacional del cuerpo también modifica ese cuerpo real a través de cambios en la economía libidinal (Nasio, 1996). Debido a esto, desde la mirada clínica consideramos fundamental aprender a mirar a nuestros pacientes incluyendo lo somático, alejándonos de las dicotomías y contribuyendo a la integración cuerpo/mente y a la conceptualización de un ser humano integral.

De acuerdo a todo lo anterior, nos parece relevante preguntarnos acerca de cuáles serán las narrativas de pacientes que padecen una enfermedad psicosomática, específicamente el Síndrome de Intestino Irritable, respecto a su propia enfermedad; y cuál es la relación existente entre éstas, el tipo de funcionamiento psicológico y mantención de su enfermedad. Debido a esto, el presente estudio tuvo por objetivo describir las narrativas de pacientes que padecen Síndrome de Intestino Irritable; y explorar el rol que cumplen estas narrativas en la constitución y mantenimiento de la enfermedad.

Un estudio exploratorio de pacientes psicosomáticos nos permite acceder a las verbalizaciones directas en la narración de las historias de vida de pacientes con enfermedades psicosomáticas, específicamente con Síndrome de Intestino Irritable. Asimismo, estudiar las narrativas nos permite precisar el nivel de contacto afectivo que posee este tipo de paciente con los diferentes tipos de emociones.

Describir el contenido de las narrativas y afectos asociados a ellas en los pacientes que padecen un cuadro psicosomático nos permite también orientar el trabajo terapéutico a la modificación de la cualidad afectiva de la narración (Fossa, 2012). La modificación de las narrativas permite contactarse con el afecto imperante en el momento presente, impidiendo el desplazamiento hacia el cuerpo y promoviendo la integración psique/soma. En este sentido, el vínculo terapéutico posibilita cambiar las narraciones y a la vez, estas nuevas narraciones significan un cambio en el estado afectivo del vínculo. Intentar construir nuevas narraciones dará una nueva perspectiva a la propia historia del sujeto, logrando el contacto con los estados afectivos de cada momento de esa historia (Fossa, 2012).

MÉTODO

La presente investigación tuvo un carácter exploratorio. Se utilizó una metodología cualitativa de con el objetivo de explorar las narrativas de pacientes que padecen SII respecto a su propia enfermedad. Los participantes fueron dos pacientes mujeres de 35 y 48 años de edad respectivamente. Ambas participantes de la muestra tienen un diagnóstico médico de SII.

Para explorar las narrativas y discursos de las pacientes seleccionadas para el presente estudio se utilizó el enfoque biográfico. Este enfoque se nutre de los aportes tanto de la perspectiva interpretativa, del paradigma crítico y del paradigma socioconstructivista, a partir de donde se concibe una realidad dependiente de los significados que las personas atribuyen, considerando que todo lo que la gente hace o dice, es producto de la forma en que el individuo define su mundo (Bolívar, 2006).

Cada narración biográfica daría cuenta de un corte horizontal o vertical de una práctica humana, siendo ésta concebida como una práctica que se apropia de las relaciones o estructuras sociales, interiorizándolas, y re-transformándolas en estructuras psicológicas, constituyéndose así en una totalización activa del contexto social (Ferraroti, 1988).

Este estudio es de tipo transaccional o transversal, ya que tiene como propósito describir variables, analizar su incidencia e interrelación en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

PROCEDIMIENTO

Se seleccionaron dos mujeres con diagnóstico médico de SII. Se realizó una entrevista en profundidad a cada una, la cual posteriormente fue transcrita a texto. Posteriormente se realizó un análisis de discurso a través del enfoque biográfico, con el objetivo de categorizar y buscar algunos tópicos en común.

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilístico, intencionada con sujetos voluntarios. Se seleccionaron dos mujeres de un mismo nivel socioeconómico, las que fueron contactadas a través de derivaciones. Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres.
- Diagnóstico médico de SII.
- Pertenecer a un mismo nivel socioeconómico.
- Edad adulta.

Instrumento

La técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad, como encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

Criterio de rigurosidad

Como criterio de validación de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2003) se llevó a cabo el proceso de triangulación de la información, donde se realizará un cruce de toda la información a través de una revisión de todas las entrevistas en forma individual y luego se plasmará un trabajo conjunto de los investigadores. De esta forma, se validará la información a través de la triangulación, lo que permitirá obtener información consistente con el objetivo de la investigación.

Aspectos éticos

Se utilizó un Consentimiento Informado en el cual se explicó los objetivos de investigación y se prometió confidencialidad con los datos recogidos. Los nombres utilizados en esta investigación no corresponden a los verdaderos para resguardar la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

Para comenzar el análisis de resultados, se realizará un análisis del relato de las entrevistadas en base a 3 dimensiones: organización temporal, referencia y agentividad (Duro, 2006).

Tabla 1. Dimensiones de los Relatos		
DIMENSIONES	ANGELICA	CINTHIA
TEMPORALIDAD	Se observa una secuencia temporo-espacial que construye espontáneamente, sin embargo, debido a la ausencia de las referencias, el interlocutor se pierde en la cronología.	Se observa una secuencia temporo-espacial construida principalmente por el entrevistador, la cual ella sigue pasivamente.
REFERENCIA	Hay una marcada ausencia de referencias, fundamentalmente, llama la atención, cuando nombra a personas dando por hecho que uno sabe a quién se refiere, provocando con esto confusión en el entrevistador.	Relato claro en cuanto a las referencias, sin embargo, estas referencias son generales, sin nombrar a los personajes involucrados en el relato.
AGENTIVIDAD	Relato autoreferente, la entrevistada se ubica como protagonista.	Poca autoreferencia, se ubica como un personaje secundario de su historia, por lo que las anécdotas pasan a ser lo principal.

Análisis del discurso

En Cinthia se observa un discurso concreto, descriptivo y circunstancial con verbalizaciones breves, impersonales y detallistas con una clara orientación pragmática. Por el contrario, el discurso de Angélica se caracteriza por ser más extenso, con mayor detallismo y espontaneidad en el relato. Sus verbalizaciones son más personales y parecen menos concretas al estar cargadas de racionalizaciones. En primera instancia, el discurso breve y poco espontáneo de Cinthia aparece pobre y escueto, lo que podría corresponder a una dinámica defensiva más que a un indicador de estructura.

El discurso de Angélica es más extenso, con mayor cantidad de información, va cautivando, llamando la atención del interlocutor. Por otro lado, se aprecia una posición victimizada en temáticas de relaciones triangulares. No obstante, el discurso detallista, no impresionista da cuenta de recursos estilístico narrativos a la base, característicos de los pacientes con personalidad obsesiva y psicosomática (Lieberman, 1959).

Ambas, utilizan el código de naturaleza visceral, lenguaje no-verbal y somático. Sin embargo, la gravedad de la sintomatología somática es claramente mayor en Angélica. Ella misma lo expresa cuando se refiere a que esta severidad de las somatizaciones corresponde a una “*invalidéz emocional*”, a diferencia de Cinthia, quién no logra establecer una asociación entre la evitación del contacto con sus emociones y la utilización de la vía somática como expresión. Sus síntomas somáticos son leves y los conecta con períodos o situaciones de estrés laboral exclusivamente.

Análisis de contenido

A través del análisis de discurso se podría plantear que, en el caso de Angélica, el SII tendría su origen en la presencia de traumas, específicamente el vínculo materno violento, que la ha llevado a desarrollar un temor primario arraigado que la paraliza, la bloquea, manifestándose en una conducta pasiva y silenciosa.

De esta manera, la relación materna resulta de vital importancia para la estructuración del bebé en cuanto a la constitución de su propio Yo, ya que es la madre quien puede interpretar las emociones del niño y responder a ellas. Si la madre es capaz de dar al niño la suficiente contención, éste podrá hacer una representación interna de ella, lo que le permitirá diferenciarse. Sin embargo, si la madre tiene angustia, no le permitirá al niño manifestar sus propios deseos y como consecuencia le impondrá los propios. Cuando la madre siente la necesidad angustiosa de controlar los pensamientos, las emociones y las fantasías el bebé queda falto de espacio psíquico para poder organizar su propia realidad psíquica (McDougall, 1991).

Todo lo anterior corroboraría que existiría una falla en la internalización de una imagen materna capaz de contener la angustia y proporcionar la sensación de protección del sujeto en situaciones de tensión y conflicto, sino por el contrario, se internaliza una imagen amenazante. Se podría hipotetizar que Angélica tuvo una madre incapaz de comprender las emociones que su trataba de comunicar, por lo tanto, esto generaría en la entrevistada la sensación de no poder reconocer sus propios límites y ser incapaz de identificar y comprender sus propias emociones.

Al fallar el proceso de diferenciación, ella no logra desarrollar su proceso de individuación, no logra diferenciarse y constituirse como un sí mismo integrado, con vida psíquica propia. No se pueden reconocer los propios pensamientos, los afectos y el propio cuerpo. En relación a la identidad, se evidencia en la entrevistada sentimientos de minusvalía, pasividad, sumisión, los que darían cuenta de una imagen devaluada de sí misma y aspectos no integrados del Yo.

El SII en ella podría explicarse como un sustituto del dolor psíquico. Esto es, como lo plantea McDougall (1991), un “*objeto transicional patológico*”, es decir, el cuerpo se constituye en una alternativa de “*solución*” para la descarga emocional. El cuerpo brinda contención y cumple la función de reducir el dolor psíquico, que en ella es el temor a la violencia y a la agresión.

Desde la mirada adulta, Angélica, intenta en su relato de comprender, justificar y rescatar a su madre. Tal vez trata de salvar a la madre para salvarse ella, en un proceso de identificación y racionalización. Es marcado el uso del mecanismo de la racionalización. Claramente en una revisión retrospectiva durante su narrativa, visualiza a una madre enferma, a una madre presente físicamente, pero ausente en sus funciones de maternaje.

Ella explica que la madre vivencia la pérdida de su propia juventud de manera agresiva cuando Angélica ingresa a la adolescencia. La madre se enfurece, la culpa y la castiga. Es probable que a la base de este comportamiento existiera en la madre una herida narcisista, como consecuencia de perder la juventud, y envidia por ver lo perdido reflejado en su hija. La madre no lo tolera y deja de ser madre. Desde esta perspectiva, existe una pérdida, podríamos hipotetizar que pierde a la madre mucho antes que ésta muera, la pierde cuando ella entra a la adolescencia, cuando ella se “*convierte en mujer*”. Esta madre se transforma en una madre castradora, que coarta su desarrollo, que la invalida y en esta batalla, Angélica, guarda silencio y se resta.

En la historia de vida de Angélica son reiteradas las pérdidas y muertes de seres queridos, en donde ella se siente culpable. El yo intenta manejar la angustia de culpa a través del *autocastigo* que

inconscientemente calmaría los remordimientos de manera reparatoria en un “*no darse lo que merece*” y, por otro lado, como *penitencia*, para expiar las culpas (Rapaport, 2006).

Angélica se hace responsable de muchos episodios de su infancia, culpable de hechos dramáticos de muerte, accidentes y enfermedad. En cada padecer es ella la que los causa. Probablemente esta culpabilidad la reedita en su relación de pareja y se vuelve a sentir responsable.

Los múltiples traumas llevarían a desarrollar una culpa introyectada, lo que se traduciría en definitiva en una autoagresión constante ante las situaciones de angustia. Las situaciones de pérdida no son vividas como duelo (dolor psíquico) sino como trauma, esto lleva a una desorganización psicosomática que vendría a sustituir el trabajo de duelo (Chevnik, 1983).

A través del análisis realizado podríamos plantear que, en el caso de Cinthia, se aprecia una marcada tendencia a configurar su relato como una historia sin simbolismos, con un empobrecimiento a nivel de los contenidos, los que son, en un principio, puramente anecdóticos; esto en desmedro del contenido afectivo. De esta manera, se aprecia una descripción de hechos desprovista de nexos emotivos, es decir, hay una tendencia a describir sus experiencias desde lo externo, enfatizando el actuar, por sobre el pensar y sentir.

Se observa, además, un claro predominio del pensamiento operatorio, llamando la atención el marcado concretismo y la ausencia notoria de simbolización. La entrevistada es incapaz de hacer asociaciones que vayan más allá de la causalidad lineal, o expresar sus vivencias a través de una abstracción.

Consideramos que la pobreza observada en el relato responde al uso masivo del mecanismo de defensa de supresión, es decir, de la evitación activa del contacto con pensamientos y sentimientos que provoquen malestar. Es por esto que, si bien, en una primera aproximación la entrevistada se muestra fría y distante; a lo largo del relato nos fue posible notar en ella una importante sensibilidad frente a los afectos dolorosos, lo que la lleva a defenderse activamente, evitando el contacto con éstos.

Se observa una identificación con el padre, quien es descrito como distante emocionalmente, lo que nos lleva a cuestionarnos si el funcionamiento emocional descrito se debe a una internalización de un modo de funcionamiento similar al del padre. La madre, por su parte, se relaciona con la entrevistada desde el lenguaje pre-verbal, comprendiendo desde la empatía las emociones de su hija, sin que sea necesaria la verbalización de éstos. Además, tiende a sobreprotegerla, devaluándola en su capacidad de tolerar el sufrimiento humano. Por esto, se podría pensar que, más que una dificultad

estructural de contacto, identificación y expresión con las emociones, hay una dinámica familiar que la lleva a funcionar de esta manera, ya que se le ha enseñado a adaptarse a las situaciones dolorosas a través de la supresión. Una muestra de esto sería el que durante el proceso de entrevistas Cinthia haya sido capaz de hacer espontáneamente insight, y contactarse con sus temores y angustias.

Por otro lado, en distintas ocasiones y contextos la entrevistada muestra conductas asertivas, con una moral autónoma y comportamientos independientes del contexto social en el que se encuentra. Esto da la impresión de un sí mismo autónomo y una identidad definida. Sin embargo, el relato histórico de sí misma no tiene continuidad, y su narración no da cuenta de quién es ella; de sus vivencias, afectos, cambios y experiencias internas.

Así, desde el punto de vista de su identidad, Cinthia no revela un pensar en sí misma, por el contrario, se observa la ausencia de un relato reflexivo en relación a sí misma, que hace imposible una concepción integrada de su identidad, desde el marco de sus intenciones y propósitos. La entrevistada está en un proceso de acercamiento a su identidad luego de encontrar una brecha (dada por la situación de entrevista), la que le demuestra que ésta está sostenida en aspectos poco relacionales y de no reconocimiento de quien es, es decir, sin una autonarrativa que dé cuenta de su interioridad. Esto revela una disociación mente- cuerpo, en la que se relega a lo somático aquello que no puede reconocer.

Sin embargo, es importante considerar que es ante situaciones de tensión y angustia que la entrevistada somatiza el contenido vivencial no verbalizado. Esto se da en forma de una reacción transitoria específica de SII, la que puede desaparecer cuando la situación remite. Además, la sintomatología presentada es leve, con un mínimo de molestia y de merma en la calidad de vida.

Análisis comparativo

La emoción que más le cuesta a Angélica verbalizar es la rabia, debido al temor al descontrol a diferencia de Cinthia quien maneja y verbaliza mejor la rabia, sin embargo, la dificultad en ella estaría dada más en la verbalización de la pena.

En ambas el discurso es desconectado emocionalmente, no obstante Cinthia es más fría y desconectada que Angélica. El concretismo en el discurso es marcado en Cinthia, en cambio en Angélica es menor debido al uso de racionalización y ciertos recursos estilísticos en la línea dramática, es decir, histérica, que harían un relato más entretenido, despertando interés y atención en el interlocutor, a diferencia de Cinthia cuyo relato es plano, pobre e impersonal, provocando en el

interlocutor menor interés. El mundo de Angélica está lleno de personajes, dramas y conflictos interpersonales, el de Cinthia de situaciones, acciones, breves descripciones impersonales.

Los mecanismos de defensa predominantes en Angélica serían la negación, racionalización; en Cinthia serían la supresión y defensas narcisísticas.

El inicio de la sintomatología del SII es precoz en Angélica (infancia), el dolor de estómago en ella es el síntoma central y es crónico, en cambio, en Cinthia el inicio está dado en la juventud y su único síntoma es la distensión abdominal. La historicidad del síntoma implicaría mayor gravedad, por lo que claramente estaría dado más en Angélica (Rapaport, 2006).

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados estamos frente a dos mujeres con SII; dos pacientes psicósomáticas que presentarían alexitimia, es decir, dificultad para identificar emociones y dificultad para verbalizarlas. Además de pensamiento operatorio, supresión de afectos y disociación mente-cuerpo.

Podríamos plantear tres criterios para construir un continuo psicósomático: el uso de la vía somática, la alexitimia y el nivel de sobreadaptación.

En cuanto al uso de la vía somática, en Angélica sería más precoz, persistente y más generalizado; a diferencia de Cinthia, en quien se da claramente frente a situaciones de estrés, es decir, más específico y apareciendo de manera tardía. Por estos motivos, podríamos hipotetizar que la alexitimia sería más estructural en Angélica y en Cinthia más defensiva. Es decir, desde los planteamientos de Otero (1999), la de Angélica sería una alexitimia primaria, y la de Cinthia, en cambio, secundaria crónica.

El nivel de sobreadaptación en Angélica es quizás mayor que en Cinthia aunque ambas son sobreadaptadas, sin embargo, la diferencia radica en dónde se despliega esta sobreadaptación. Esta se daría en contextos socioculturales y generacionales diferentes.

El relato de Angélica da cuenta de una mujer sumisa y dependiente, adaptándose de sobremanera al estereotipo de mujer abnegada, omnipresente y *dueña de casa* que prevaleció en su generación. Cinthia, en cambio, pertenece a una generación posterior; donde la valoración de la mujer está dada más desde lo laboral y la independencia económica y, ella se adapta a este modelo, comenzando recién a contactarse con sus necesidades más íntimas de formar pareja y tener hijos.

Ambas, serían fieles representantes del estereotipo femenino de su generación. El predominio del “deber ser” por sobre el querer o el propio ser. La identidad social en desmedro de la identidad personal. De esta manera, es necesario suprimir los afectos displacenteros que son significados como desadaptativos dentro de su contexto social, de esta manera, para Cinthia, es más fácil identificar y verbalizar la rabia; permitida, validada y necesaria para adaptarse en lo laboral y, para Angélica, esta misma emoción es suprimida en el ámbito familiar, ya que es significada como destructiva.

La angustia de pérdida tal vez estaría presente a la base de ambas. Temor a perder lo más valioso; para Angélica su marido, para Cinthia su trabajo. La primera logra identificar y verbalizar este temor en retrospectiva, probablemente dado que su proceso terapéutico le ayudó a este nivel de introspección. Cinthia, en cambio, no se contacta ni verbaliza este temor a la base, no obstante logra asociar las somatizaciones con las situaciones de estrés laboral.

Ambas consideran que el síntoma se dispara con situaciones de estrés, como la literatura lo plantea, pero, como hemos dicho anteriormente, desde ámbitos diferentes. Sin embargo, observando y analizando sus verbalizaciones, queda claro que ambos discursos presentarían narrativas muy diferentes, lo que estaría confirmando que frente a una misma enfermedad y personalidad a la base, existirían manifestaciones diversas de esa misma personalidad y ambas evaluadas representarían dicho abanico (Fossa, 2012).

Si tomamos el criterio dimensional para el diagnóstico de la personalidad, como el criterio más adecuado en personalidad (Kernberg, 2008), podríamos ubicar a cada una dentro de este continuo de la personalidad psicosomática, pero, en ubicaciones diferentes, inclusive bastantes polares (Fossa, 2012). En un polo con un funcionamiento más bajo a Angélica y, Cinthia, en el otro polo con un funcionamiento más alto.

CONCLUSIÓN

El presente estudio nos permitió acceder a las verbalizaciones de pacientes que padecen el Síndrome de Intestino Irritable, logrando comprender a través de su relato la experiencia subjetiva y la vivencia de la enfermedad.

Los hallazgos de este estudio descriptivo y de carácter exploratorio, sugieren el planteamiento de nuevas líneas de investigación, con el objetivo de incrementar el conocimiento profundo de los pacientes con Síndrome Intestino Irritable, y en este sentido, generar aportes al trabajo psicoterapéutico de esta enfermedad psicosomática en particular.

Un importante aporte de la presente investigación consiste en que los resultados contribuyen a terapeutas y profesionales de la salud que busquen conocer y profundizar conocimientos sobre los trastornos psicosomáticos, específicamente el Síndrome Intestino Irritable. Los resultados son una puerta de entrada hacia la construcción de nuevas teorías y abordajes psicoterapéuticos de los cuadros psicosomáticos.

En la literatura gastroenterológica existe evidencia a favor de la psicoterapia cognitiva-conductual e hipnoterapia, avalados por múltiples estudios aleatorizados, prospectivos, controlados y meta-análisis donde no hay duda del beneficio de la psicoterapia así como el uso de psicofármacos en el tratamiento de esta enfermedad.

El diagnóstico descriptivo categorial del Eje II del DSM-IV para personalidad, es un diagnóstico insuficiente y obsoleto (Kernberg, 2008). El diagnóstico dinámico u otras vías de análisis como las narrativas nos permiten mayor amplitud y profundidad en la comprensión de la personalidad como factor subyacente y fundamental en cualquier enfermedad psicosomática. Dan cuenta del criterio dimensional en el diagnóstico de la personalidad, criterio avalado hoy como el más indicado, es decir, determinar un continuo en cada tipo de personalidad y, de acuerdo a esto, elaborar una indicación psicoterapéutica (Fossa, 2012).

Por lo tanto, el desafío consiste en generar abordajes psicoterapéuticos acordes a los pacientes dada su personalidad y las variantes de ella, más que a un diagnóstico médico unificado. Las técnicas al servicio de la individualidad como hoy lo plantea la psicología clínica.

La modificación de las narrativas en psicoterapia permitirá contactarse con el mundo afectivo facilitando la expresión emocional (Fossa, 2012). Esta manera de orientar la psicoterapia permitiría combatir el aumento en la prevalencia y los altos costos en salud pública y privada destinados al tratamiento de pacientes psicosomáticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boyce, P., Gilchrist, J., Talley, N. J. y Rose, D (2000). Cognitive-behaviour therapy as a treatment for irritable bowel syndrome: a pilot study, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (2), 300-309.
- Bunmi, O., Olatunja, D., Tolin, J. y Lohra, M. (2004). Irritable bowel syndrome: associated features and the efficacy of psychosocial treatments. *Applied and Preventive Psychology*. 11, 125–140.
- Burde de Izaguirre, L (1997). El café de Julian. *Jornadas de Intercambio, Asociación Argentina de Rorschach*, Buenos Aires.
- Bolivar A. y Domingo, J (2006). La Investigación Biográfica y Narrativa en Iberoamérica: Campos de Desarrollo y estado actual. *Forum Qualitative Social Research*. 7 (4), 12- 17.
- Camilleri, M. (1999). Therapeutic Approach to the Patient with Irritable Bowel Syndrome. *Am J Med*. 107 (5A), 27–32.
- Cano, E., Quinceno, J., Vinaccia, S. et al. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Univ. Psychol.*, 5 (3), 511-520.
- Creed, F., Guthrie, E., Ratcliffe, J., Fernandes, L., Rigby, C., Tomenson, B., et al. (2005) Does psychological treatment help only those patients with severe irritable bowel syndrome who also have a concurrent psychiatric disorder?, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (9), 807-815.
- Chevnik, M (1983). Aspectos narcisistas en el paciente psicosomático. Consideraciones acerca de su estructura psíquica. *Revista de Psicoanálisis*, editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina, 40 (5/6), 103-108.
- Dancey, C., Hutton-Young, S., Moye, S. Y Devins, G. (2002). Perceived stigma, illness intrusiveness and quality of life in men and women with irritable bowel syndrome, *Psychology, Health & Medicine*, 7 (4), 381-395.
- De Cristóforis, O (2006). *Cuerpo vinculo lenguaje: en el campo psicosomatico*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Duero, D (2006). *Relato autobiográfico e interpretación: una concepción narrativa de la identidad personal*. Barcelona: Athenea.
- Ferraroti, F (1988). *Biografía y Ciencias Sociales*. San José de Costa Rica: FLACSO
- Fossa, P. (2012). Cuando el alma sufre, los genes lloran: Revisitando el concepto de psicosomático. *Revista de Psicología GEPU*. Vol. 3 No. 3.
- Gonsalkorale, W., Miller, V., Afzal, A. y Whorwell, P. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable Bowel syndrome. *Gut*. 52, 1623-1629.
- Heinroth, J.H. (1818). *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung. Vom rationellen Standpunkt aus entworfen*. Leipzig: Ed. Vogel.

- Hernández, Fernández y Baptista (1998). Metodología de la investigación (Segunda edición). Mexico: Mc Graw Hill.
- Kernberg, O (2008). La mente, ¿entre la biología y el ambiente? Ponencia en la Primera Jornada en Patología Borderline: “Avances Neurobiológicos y Psicoanalíticos en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de personalidad”, Santiago, Chile.
- Kutter, P (2001). El conflicto básico de la psicopatosis y sus implicaciones terapéuticas. Revista Portuguesa de Psicopatología, 3 (2), 117-133.
- Klinger, J (2001). Síndrome del Intestino Irritable. Revista Médica de Chile, 129 (5), 176-80.
- Lipovetsky, G (2003). La era del vacío. Barcelona: Anagrama.
- Lieberman, D (1959). La comunicación en terapéutica psicoanalítica: aplicaciones de la Teoría de la comunicación al proceso transferencial. Buenos Aires: Eudeba.
- Lieberman, D (1978). Comunicación y Psicoanálisis. Bs. Aires: Alex Editor.
- Lieberman, D (1982). Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y Enfermedad Psicosomática. Buenos Aires: Kergemian.
- Lieberman, D (1983). Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico. Bs. Aires: Kergemian.
- López-Ibor, J. y Valdés, M. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. España: Masson.
- Nasio, J (1996). Los gritos del cuerpo. Buenos Aires: Paidós.
- Miquel, J (2008). Síndrome de Intestino Irritable. Recuperado el 17 de Enero del 2008, de www.escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/cuarto/integrado4/gastro4/ap_gastro_12.html
- McDougall, J. (1991). Teatros del cuerpo. Madrid: Colección Continente/Contenido.
- Otero, J (1999). Hipótesis etiológicas acerca de la alexitimia. Aperturas Psicoanalíticas, Recuperado el 5 de mayo del 2007, de www.aperturas.org/4otero.html.
- Otero, J (1999). Alexitimia, una revisión. Revista de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatría, 19, 587-596
- Ramirez, P (2008). Monumento al Colon Irritable. Rescatado el 17 de Enero del 2008, de www.atinachile.cl
- Shaw, A., Davies, G. y Dickerson, J. (1997). Psychiatric Disorder and Irritable Bowel Syndrome. Journal of Nutritional & Environmental Medicine, 7 (4), 307-318.
- Simrén, M., Abrahamsson, H., Svedlund, J. y Björnsson, E. (2001). Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome Seen in Referral Centers Versus Primary Care: The Impact of Gender and Predominant Bowel Pattern. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 36 (5), 545 – 552.
- Simrén, M (2006). Hypnosis for Irritable Bowel Syndrome: The Quest for the Mechanism of Action, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 54 (1), 65–84.

- Sifneos, P. (1985). Problems of psychotherapy in patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26: 65-70.
- Weinryb, R., Österberg, E., Blomquist, L., Hultcrantz, R., Krakau, I. y Åsberg, M. (2003) Psychological Factors in Irritable Bowel Syndrome: a Population-based Study of Patients, Non-patients and Controls, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38 (5), 503-510.
- Woolthuis, A., Oberndorff-Klein, H., Brummer, R. M., de Wit, N. J., Muris, J. W. M. and Stockbrügger, R. W (2004) Irritable bowel syndrome in general practice: an overview, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 39 (1), 17-22.