



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



PREGUNTAS Y RESPUESTAS/TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS

¿Cuándo y por qué puede ser útil la psicoterapia en los trastornos funcionales digestivos?

Functional gastrointestinal disorders: When and why might psychotherapy be useful in functional digestive disorders?

Ruth Benasayag Lecuona

Psicóloga del Servicio de Aparato Digestivo, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

Antecedentes

Los factores psicológicos desempeñan un papel importante en los trastornos funcionales digestivos (TFD)^{1,2}. El tipo de personalidad³, unido a la elevada comorbilidad con trastornos psiquiátricos, como ansiedad⁴, somatización, hipocondría⁵ y alteraciones del estado de ánimo^{6,7}, así como los numerosos relatos sobre abuso físico (maltrato)⁸ y/o sexual y de estresores sociales⁹ previos a la instauración del trastorno digestivo, han hecho que proliferen estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en este tipo de pacientes. De las distintas revisiones bibliográficas se concluye que la psicoterapia ayuda a reducir la sintomatología en los TFD, sobre todo en los casos con una manifestación más grave de la enfermedad¹⁰.

Discusión

Al estudiar la eficacia de la psicoterapia, respecto a otros tratamientos médicos convencionales en los TFD, se ponen de manifiesto ciertas dificultades a la hora de obtener resultados concluyentes, como las siguientes: imposibilidad de realizar ensayos doble ciego, dificultad para poder utilizar un tratamiento placebo creíble y no efectivo, y también el hecho de que probablemente los pacientes de estos estudios ya han fracasado con anterioridad a diversos tratamientos médicos.

Aun así, la eficacia de los tratamientos psicológicos respecto a los tratamientos médicos convencionales queda patente en una revisión de 15 ensayos aleatorizados controlados. En sólo 3 de estos ensayos no se obtienen resultados positivos respecto a la disminución de la sintomatología digestiva. El resto mostró una superioridad significativa de las terapias psicológicas con respecto a los tratamientos médicos convencionales. De los 9 estudios con información sobre el seguimiento, 8 mostraron que también la mejoría perduraba en el tiempo más que en los grupos que habían recibido algún tipo de tratamiento psicológico¹⁰.

En otra revisión y metaanálisis de diversos ensayos se encontró no sólo una mejoría de los síntomas psicológicos, como ansiedad y depresión, sino también de los síntomas viscerales y somáticos¹¹.

Como resumen, puede decirse que la psicoterapia parece ser efectiva a la hora de reducir la siguiente sintomatología: dolor abdominal, diarrea y estrés psicológico¹². Los posibles predictores de una buena respuesta al tratamiento psicológico son el hecho de que el paciente sea consciente de que el estrés exagera sus síntomas, que los niveles de ansiedad y depresión no sean muy elevados, y que haya predominancia de dolor y diarrea más que de estreñimiento. El dolor ha de ser intermitente, y no constante, como respuesta a la ingesta a la defecación y/o al estrés^{12,13}. También las personas que manifiestan cogniciones o estrategias de afrontamiento maladaptativas en referencia a sus síntomas pueden ser buenos candidatos a realizar psicoterapia^{14,15}.

Respecto a los tipos de psicoterapia, de los estudios disponibles se concluye que ninguna técnica es superior

Correo electrónico: benasayag@dr.teknon.es
(R. Benasayag Lecuona).

a otra en la reducción de los síntomas digestivos, aunque hay una amplia evidencia de la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales^{16,17}, así como de la hipnoterapia¹⁸. Con respecto a la terapia psicodinámica¹¹⁻¹⁹, no hay acuerdo respecto a su verdadera utilidad.

Respuesta

En los TFD la psicoterapia puede ser útil cuando la sintomatología digestiva es moderada y/o grave, y no mejoran con el tratamiento médico convencional, y también cuando haya evidencia de que el estrés u otros factores psicológicos están contribuyendo a dicha sintomatología (nivel de evidencia 2a; grado de recomendación B). Para obtener buenos resultados, es crucial que el paciente entienda la utilidad de la psicoterapia y que esté motivado para realizarla.

Coordinadores de la serie

Coordinadores generales: Javier P. Gisbert, Cecilio Santander y Josep M. Piqué.

Coordinador de sección: Fermín Mearin

Bibliografía

1. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. En: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, editors. 2nd ed. Rome II. The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment; a multinational consensus. McLean: Degnon Associates; 2000; p. 157-245.
2. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner B, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999;45(Suppl 2):1125-30.
3. Fock KM, Chew CN, Tay LK, Peh LH, Chan S, Panq EP. Psychiatric illness personality traits and irritable bowel syndrome. *Ann Acad Med Singapore*. 2001;30:611-4.
4. Tanum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *J Psychosom Res*. 2001;50:139-46.
5. Bennet EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social and somatic features. *Gut*. 1998;42:414-20.
6. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G. Psychiatric illness and irritable bowel disease. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1656-61.
7. Lydiard RB. Anxiety and the irritable bowel syndrome. *Psychiatric Ann*. 1992;22:612-8.
8. Perona M, Benasayag R, Perelló A, Santos J, Zarate P, Mearin F. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in women who report domestic violence to the police. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3:436-41.
9. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC, et al. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and non patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1988;95:701-8.
10. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whithead. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002;123:2108-31.
11. Lackner JM, Mesmer C, Morley S, Dowzer C, Hamilton S. Psychological treatments for irritable bowel: a systematic review and meta-analysis. *J Cons Clin Psychol*. 2004;72:1100-13.
12. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1991;100:450-7.
13. Blanchard EB, Schwartz SP, Neff DF, Gerardi MA. Prediction of outcome from the self-regulatory treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther*. 1988;26:187-90.
14. Drossman DA, Leserman J, Li Z, Keefe F, Hu YJ, Toomey TC. Effects of coping on health outcome among female patients with gastrointestinal disorders. *Psychosom Med*. 2000;62:309-17.
15. Toner BB, Segal ZV, Emmott SD, Myran D. Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome: the brain-gut connection. New York: Guilford Press; 2000. p. 188.
16. Blanchard EB. A critical review of cognitive, behavioural, and cognitive-behavioral therapies for irritable bowel syndrome. *J Cognit Psychother*. 2005;19:101-23.
17. Toner BB. Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *CNS Spectr*. 2005;10:883-90.
18. Tan G, Hammond DC, Joseph G. Hypnosis and irritable bowel syndrome: a review of efficacy and mechanism of action. *Am J Clin Hypn*. 2005;47:161-78.
19. Talley NJ, Owen BK, Boyce P, Paterson K. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a critique of controlled treatment trials. *Am J Gastroenterol*. 1996;91:227-83.