

Narrativas de pacientes con síndrome de intestino irritable: análisis de casos

Alejandra Rodríguez A.¹, Constanza Lara A.² y Manuel Sanchis P.²

Narratives of patients with irritable bowel syndrome: analysis of cases

Irritable bowel syndrome (IBS) is a psychosomatic disease whose prevalence has increased considerably in recent years. IBS tends to present comorbidity with other psychopathological conditions such as anxiety, phobias, hypochondria and depression, which makes the medical and psychotherapeutic treatment more complex. There is little empirical evidence on psychotherapeutic treatments to help patients cope with these symptoms. The purpose of this study is to describe the narratives of patients with IBS and explore the role that these narratives play in the establishment and persistence of the disease. Two female IBS-patients were selected and an in depth interview was conducted. The dialogue was transcribed and data were analyzed using the biographical approach. The results show that patients have high levels of alexithymia, operational thinking and difficulties in emotional expression; confirming the main features of psychosomatic personality. It is proposed to define specific psychotherapeutic approaches for each patient according to their personality inferred through their narratives, rather than a unified approved technique for all patients with this disease.

Key words: Irritable bowel syndrome, narratives, alexithymia, operational thinking, psychosomatic, over adapted personality.

¹Psicóloga, Directora del Centro de Psicopatología de Chile, Magíster en Psicología Clínica, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

²Psicóloga/o, Magíster en Psicología Clínica, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Recibido: 10 de diciembre de 2014
Aceptado: 18 de febrero de 2015

Correspondencia a:

Alejandra Rodríguez Alvarado
Centro de Psicopatología Chile, Badajoz 100, of. 908. Las Condes, Santiago Chile.
Teléfono: [+56 9] 9882 25 000
arodriguez@centro psicopatologia.cl

Introducción

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

Sir William Osler

En general, se entiende por enfermedad psicopatológica, una enfermedad somática, real con diagnóstico médico causada por un conflicto mental a la base. Se entiende como una historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años y que persiste durante varios años, lo cual obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo en lo social, laboral y en otras áreas importantes de la actividad del individuo¹.

El factor psicológico estaría presente en el inicio, curso y desarrollo de la enfermedad. Cuando nos referimos a factor psicológico se habla de un conflicto emocional que no se resuelve en lo mental sino que se tramita en él^{2,3}.

Burde de Izaguirre⁴, 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, tendría como consecuencia la enfermedad psicopatológica, 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 Lipovetsky⁵, 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, de lo espiritual; lo superficial, de lo profundo; y 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

Artículo Original

actual e inmediato. El actuar es más validado que el sentir, así hemos ido perdiendo la capacidad de identificar nuestros afectos y de verbalizarlos⁶.

La evidencia científica indica un vertiginoso aumento en la prevalencia de las enfermedades psicosomáticas en el mundo⁷. 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.

El síndrome de intestino irritable (SII) afecta al menos 25% de la población en Chile^{8,9}, generando un impacto en 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 general¹⁰.

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 intestinal⁹.

Se estima que la frecuencia de estos síntomas en los adultos es aproximadamente de 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 mujeres¹⁰.

Sin embargo, sólo un tercio de las personas consultan por estos síntomas, y las mujeres lo hacen con una frecuencia 3 a 4 veces mayor que los hombres. En más de 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 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.)¹⁰.

Estudios actuales asocian el SII con distintos síntomas y síndromes afectivos, como ansiedad, fobias, hipocondría y depresión¹¹⁻¹³. Además de dichos

síntomas, se ha asociado a historias de trauma grave y conductas relacionadas con su enfermedad desproporcionada a sus molestias físicas¹⁴.

Otros estudios muestran la relación inversamente proporcional existente entre el SII y la calidad de vida de quien lo padece¹⁵⁻¹⁷.

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, específicamente en cuanto a la terapia cognitivo-conductual e hipnosis¹⁸⁻²².

La literatura es contundente al establecer que todos los cuadros psicosomáticos tendrían como característica: la alexitimia y el pensamiento operatorio^{6,23}.

La alexitimia es un concepto que 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 cuerpo²⁴. Por otro lado, el pensamiento operatorio se caracterizaría por ser un pensamiento estereotipado, caracterizado por un pragmatismo cognitivo y una escasa capacidad para simbolizar⁶.

Se enfatiza la importancia de escuchar los mensajes somáticos como una comunicación infraverbal con un significado dinámico y económico propio. Lo simbólico (lenguaje) es lo que nos atribuye un cuerpo y después nos lo otorga al unificarlo. El sujeto está en la palabra antes de tener cuerpo y permanece ahí aun después de la muerte^{6,25}.

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 libidinal²⁶.

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 SII, 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 SII y explorar el rol que cumplen éstas en la constitución y mantenimiento de la enfermedad.

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 narración²⁷.

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 los relatos y, a la vez, estos nuevos relatos 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 historia²⁷.

Método

La presente investigación tuvo un carácter exploratorio. Se utilizó una metodología cualitativa con el objetivo de explorar las narrativas de pacientes que padecen SII respecto a su propia enfermedad.

Los participantes fueron dos pacientes de sexo femenino, 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 socio-constructivista, 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 mundo²⁸.

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 social²⁹.

Este estudio es de tipo transaccional o transversal, ya que tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un tiempo único³⁰.

Se realizaron entrevistas en profundidad a cada una, las cuales posteriormente fueron transcritas. Posteriormente se realizó un análisis del discurso a través del enfoque biográfico, con el objetivo de categorizar y buscar algunos tópicos en común.

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.

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 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 investigadores³⁰. 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 agenticidad³¹ (Tabla 1).

Análisis del discurso

En la primera evaluada, Cinthia se observa un discurso concreto, descriptivo y circunstancial con verbalizaciones breves, impersonales y detallistas con una clara orientación pragmática. 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.

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. A su vez, es un discurso 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,

Artículo Original

Tabla 1. Análisis del relato

Dimensiones	Angélica	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 auto-referente, la entrevistada se ubica como protagonista	Poca auto-referencia, se ubica como un personaje secundario de su historia, por lo que las anécdotas pasan a ser lo principal

característicos de los pacientes con personalidad obsesiva. A su vez, el concretismo daría cuenta de una estilística propia de la personalidad psicósomática³².

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 gravedad de las somatizaciones corresponde a una “invalidez emocional”, a diferencia de Cinthia, quien 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 silente.

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 psíquica⁶.

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 se 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 evidencian 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 Joyce McDougall⁶, 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 madre.

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.

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 psicósomática que vendría a sustituir el trabajo de duelo³³.

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 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 auto-narrativa 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,

Artículo Original

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 narcisistas.

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.

Discusión

De acuerdo a los resultados estamos frente a dos pacientes psicósomáticas con una enfermedad común diagnosticada médicamente (Síndrome de Intestino Irritable) cuyas narrativas presentan características que confirmarían una personalidad sobre-adaptada a la base³².

Podríamos plantear que ambas entrevistadas tienden a comportarse de manera sobre-adaptada; la diferencia radica en dónde se despliega esta sobre-adaptación. 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.

Otro rasgo común es la alexitimia, es decir, la dificultad para identificar emociones y para verbalizarlas, además, del uso de un pensamiento concreto llamado “pensamiento operatorio”, característico de la personalidad psicósomática, y también, el mecanismo de la supresión de afectos y la disociación mente-cuerpo a la base.

Sin embargo, observando y analizando sus verbalizaciones, queda claro que ambos discursos presentarían narrativas muy diferentes, lo que confirmaría que frente a una misma enfermedad y personalidad a la base, existirían manifestaciones diversas de esa misma personalidad y ambas evaluadas representarían dicho abanico²⁷.

Por ejemplo, en cuanto al uso de la vía somática, en Angélica sería más precoz, persistente y más generalizada; a diferencia de Cinthia, en quien se da claramente frente a situaciones de estrés, es decir, más específica y, además, de inicio más tardío.

Por estos motivos, podríamos hipotetizar que la alexitimia sería más estructural en Angélica y en Cinthia más defensiva. Es decir, la de Angélica sería una alexitimia primaria, y la de Cinthia, en cambio, secundaria crónica^{24,34}.

Es viable también, pensar que sus diferencias estarían dadas no por distintas personalidades, sino más bien por la ubicación dentro del mismo estilo, en un continuo como se mencionó anteriormente. Es decir, si tomamos el criterio dimensional para el diagnóstico, podríamos ubicar a cada una dentro de este continuo de la personalidad psicósomática, pero, en ubicaciones diferentes, inclusive bastantes polares. En un polo con un funcionamiento más bajo a Angélica y, Cinthia, en el otro polo con un funcionamiento más alto.

Justamente un importante aporte de la presente investigación consiste en que los resultados contribuyen a profundizar en el conocimiento, sobre los trastornos

psicosomáticos, específicamente el SII, desde el estudio descriptivo de las narrativas o discursos de los pacientes.

El análisis de las narrativas o discursos permite darnos cuenta que el espectro psicossomático es amplio, ya que a pesar de tener iguales diagnósticos médicos, las pacientes se ubican y presentan diferencias estructurales, funcionales en términos de sus personalidades. Es decir, a pesar de compartir un mismo diagnóstico médico, su dinámica psicológica es muy diferente, por lo cual, deben abordarse de manera diferencial ya que inclusive, dentro del mismo tipo de personalidad, sus funcionamientos son diferentes.

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. 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 psicossomática. 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 psicoterapéutica²⁷.

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.

Resumen

El síndrome de intestino irritable (SII) es una enfermedad psicossomática 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. El presente trabajo tuvo por objetivo describir las narrativas de pacientes que padecen SII y explorar el rol que cumplen estas narrativas en la constitución y mantenimiento de la enfermedad. Se seleccionaron dos pacientes de sexo femenino con diagnóstico médico de SII 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; confirmando las principales características de la personalidad psicossomática. Se propone definir abordajes psicoterapéuticos específicos a cada paciente de acuerdo a su personalidad inferida a través de sus narrativas, más que una técnica homologada unificada para todos los pacientes que padecen esta enfermedad.

Palabras clave: Síndrome de intestino irritable, narrativas, alexitimia, pensamiento operatorio, psicossomática, personalidad sobreadaptada.

Referencias

- López-Ibor J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Masson. España. 2002.
- Nader A, Cassan C. Repensando lo psicossomático: desde lo clínico a lo psicossocial. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Serie Roja 2010.
- Kreisler L. El niño y su cuerpo. Bs. Aires: Amorrortu 1990.
- Burde de Izaguirre L. El café de Julian. Jornadas de Intercambio, Asociación Argentina de Rorschach, Buenos Aires 1997.
- Lipovetsky G. La era del vacío. Barcelona: Anagrama. 2003.
- McDougall J. Teatros del cuerpo. Colección Continente/Contenido. Madrid. España. 1991.
- Kutter P. El conflicto básico de la psicossomatosis y sus implicaciones terapéuticas. Rev Portuguesa Psicossomat 2001; 3: 117-33.
- Ramírez P. Monumento al Colon Irritable. 2008. Disponible en www.atinachile.cl. [Consultado el 17 de enero de 2008].
- Klinger J. Síndrome del Intestino Irritable. Rev Med Chile 2001; 129: 176-80.
- Miquel J. Síndrome de Intestino Irritable. Disponible en: www.escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/cuarto/integrado4/gastro4/ap_gastro_12.html. [Consultado el 17 de enero de 2008].
- Oberndorff-Klein Woolthius AH, Brummer RJ, de Wit NJ, Muris JW, Stockbrügger RW. Irritable bowel syndrome in general practice: an overview. Scand J Gastroenterol 2004; 39: 17-22.
- Weinryb RM, Österberg E, Blomquist L, Hultcrantz R, Krakau I, Åsberg M. Psychological factors in irritable bowel syndrome: a population-based study of patients, non-patients and controls. Scand J Gastroenterol 2003; 38: 503-10.

Artículo Original

- 13.- Shaw A, Davies G, Dickerson J. Psychiatric disorder and irritable bowel syndrome. *J Nutr Environ Med* 1997; 7: 307-18.
- 14.- Bunmi O, Olatunji D, Tolin J, Lohr M. Irritable bowel syndrome: associated features and the efficacy of psychosocial treatments. *Appl Prevent Psych* 2004; 11: 125-40.
- 15.- Dancy C, Hutton-Young S, Moye S, Devins G. Perceived stigma, illness intrusiveness and quality of life in men and women with irritable bowel syndrome. *Psych, Health Med* 2002; 7: 381-95.
- 16.- Simrén M, Abrahamsson H, Svedlund J, Björnsson E. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers *versus* primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36: 545-52.
- 17.- Cano E, Quinceno J, Vinaccia S, Gaviria M, Tobon S, Sandin B. Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Univ Psychol* 2006; 5: 511-20.
- 18.- Creed F, Guthrie E, Ratcliffe J, Fernandes L, Rigby C, Tomenson B, et al. Does psychological treatment help only those patients with severe irritable bowel syndrome who also have a concurrent psychiatric disorder? *Austr NZ J Psych* 2005; 39: 807-81.
- 19.- Camilleri M. Therapeutic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *Am J Med* 1999; 107: 27-32.
- 20.- Boyce P, Gilchrist J, Talley NJ, Rose D. Cognitive-behaviour therapy as a treatment for irritable bowel syndrome: a pilot study. *Austr NZ J Psych* 2000; 34: 300-9.
- 21.- Simrén M. Hypnosis for irritable bowel syndrome: the quest for the mechanism of action. *Int J Clin Experiment Hypnosis* 2006; 54: 65-84.
- 22.- Gonsalkorale W, Miller V, Afzal A, Whorwell P. Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut* 2003; 52: 1623-9.
- 23.- Sifneos P. Problems of psychotherapy in patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychother Psychosom* 1985; 26: 65-70.
- 24.- Otero J. Hipótesis etiológicas acerca de la alexitimia. *Aperturas Psicoanalíticas* 1999; Disponible en www.aperturas.org/4otero.html. [Consultado el 5 de mayo de 2007].
- 25.- De Cristóforis O. Cuerpo vinculo lenguaje: en el campo psicossomático. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2006.
- 26.- Nasio J. Los gritos del cuerpo. Buenos Aires: Paidós. 1996.
- 27.- Fossa P. Cuando el alma sufre, los genes lloran: revisitando el concepto de psicossomático. *Rev Psicol GEPU* 2012; 3: 127-38.
- 28.- Bolívar A, Domingo J. La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: ampos de desarrollo y estado actual. *Forum Qualit Social Res* 2006; 7: 12-7.
- 29.- Ferraroti F. Biografía y Ciencias Sociales. San José de Costa Rica: FLACSO. 1988.
- 30.- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación (Segunda edición). México: Mc Graw Hill. 1998.
- 31.- Duero D. Relato autobiográfico e interpretación: una concepción narrativa de la identidad personal. Barcelona: Athenea. 2006.
- 32.- Liberman D. La comunicación en terapéutica psicoanalítica: aplicaciones de la Teoría de la comunicación al proceso transferencial. Buenos Aires: Eudeba. 1959.
- 33.- Chevnik, M. Aspectos narcisistas en el paciente psicossomático. Consideraciones acerca de su estructura psíquica. *Rev Psicoanal* 1983; 40: 103-8.
- 34.- Otero J. Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatría* 1999; 19: 587-96.