

Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales

Effects of a cognitive-behavioral intervention on treatment adherence and emotional regulation in patients with digestive-tract diseases

*Nancy Patricia Caballero Suárez¹, Ivonne Nalliely Pérez Sánchez²,
Martín Alberto Herrera Cornejo³, Martín Antonio Manrique⁴
y Juan José Sánchez Sosa⁵*

RESUMEN

Las enfermedades gastrointestinales (EG) tienen alta prevalencia e implican un alto costo económico, social y personal, y se sabe que las emociones negativas desencadenan o exacerban los síntomas. Los pacientes con EG muestran escasa adhesión al tratamiento médico, y a pesar de los resultados favorables de las intervenciones psicológicas para coadyuvar el tratamiento médico de estos problemas, los avances farmacológicos han hecho de lado tales intervenciones; sin embargo, la respuesta al tratamiento médico es incompleta porque se excluyen variables conductuales y emocionales que influyen en dichas enfermedades. Por ende, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la regulación emocional de pacientes con EG. Participaron tres mujeres, una con gastritis, otra con reflujo gastroesofágico y una con ambos padecimientos. Se utilizó un diseño de sujeto único para estudio de casos. Se empleó un autorregistro conductual para recolectar datos de adhesión, frecuencia e intensidad de emociones y síntomas, además del Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo. Se obtuvieron además indicadores fisiológicos durante sesiones que incluyeron protocolos de relajación. Las pacientes mostraron cambios favorables en las conductas de adhesión y regulación emocional, lo que se tradujo en la disminución de sus síntomas.

Palabras clave: Gastritis; Reflujo gastroesofágico; Adhesión terapéutica; Regulación emocional; Intervención cognitivo-conductual.

¹ Departamento de Investigación y Producción Científica, Universidad de Londres, Tabasco 329, Col. Roma, Del. Cuauhtémoc, 06700 México, D.F., México, tel. (55)52-07-74-05, correo electrónico: nancy.pcs@hotmail.com. Artículo recibido el 2 de marzo de 2010 y aceptado el 15 de febrero de 2011.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México.

³ Jefatura del Servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de la Salinas, Del. Gustavo A. Madero, 077604 México, D.F., México.

⁴ Jefatura del Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México, Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de la Salinas, Del. Gustavo A. Madero, 077604 México, D.F., México.

⁵ Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Edificio E, 2º piso, Cubículo H, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México.

ABSTRACT

Digestive-tract diseases (DD) are highly prevalent and involve a high economic, social and personal cost. The patients with DD show poor treatment adherence. In addition, negative emotions tend to trigger or exacerbate symptoms. Despite the favorable results of psychological interventions to assist medical treatment in DD, new pharmacologic developments relegate these interventions. The response to medical treatment is incomplete because it excludes behavioral and emotional variables influencing DD. Thus the purpose of the present study was to evaluate, through a single subject design, the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention on therapeutic adherence and emotional self-regulation on three women, one with gastritis, one with aoesophagic reflux and one with both conditions. Behavioral self-recording was used to collect data on adherence, frequency and intensity of emotions and symptoms. Additional data sources included two questionnaires: the Beck Anxiety Inventory and the Spielberger State-Trait Anger Expression Scale. Finally, psycho-physiologic indicators were recorded during sessions involving deep relaxation procedures. All patients showed significant improvement on adherence behaviors and emotional self-regulation which, in turn, seem to have led to symptom reduction.

Key words: Gastritis; Aesophagic reflux; Treatment adherence; Emotional regulation; Cognitive-behavioral intervention.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades gastrointestinales (EG en lo sucesivo) constituyen uno de los problemas clínicos más frecuentes e importantes debido a su alta prevalencia (12% entre los adultos en Estados Unidos, muy similar al del resto del mundo) y su alto costo económico, social y personal (Mertz, 2003). Tan solo para el síndrome de intestino irritable, se calcula que los costos directos anuales derivados ascienden alrededor de 41 millones de dólares en los ocho países más industrializados; no obstante, dicho cálculo es inexacto en virtud de que es difícil de evaluar el costo real de la enfermedad, dado que no solo se conforma con los costos directos (número de consultas médicas, consumo de fármacos, etc.), sino que existe una gran carga de los costos indirectos (ausentismo laboral y baja productividad laboral, entre otros) de los que no se poseen registros (Barron y Zacker, 2001; Camilleri y Williams, 2000).

Un alto porcentaje de las consultas de atención primaria y de gastroenterología lo representan los pacientes con EG; aun así, la respuesta al tratamiento médico es incompleta en una elevada proporción de pacientes y los síntomas no ceden o reaparecen, ocasionando cambios importantes en su vida cotidiana (Díaz-Rubio, 2002; Fernández, 1993).

La gastritis, la úlcera péptica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) son condiciones frecuentes que se caracterizan por su cronicidad y recidivas, además de que generan síntomas molestos en extremo, como dolor, vómito, diarrea, ardor estomacal y otros. Adicionalmente, dichas enfermedades pueden tener consecuencias graves por la erosión progresiva de la mucosa intestinal; si no se tratan adecuadamente, lo más frecuente es que ocurran hemorragias internas o la perforación de alguna parte del intestino o del estómago, lo que puede llevar a la muerte. Tales padecimientos representan, además, un factor de riesgo para el desarrollo de tumores malignos (Manual CTO de Medicina y Cirugía, 2007; Moreira, Ramos y López, 2001).

En México, en el año 2008, las úlceras, gastritis y duodenitis sumaron 1,523,116 casos, con mayor frecuencia en el grupo de edad de 25 a 44 años (530,772 casos), lo que indica que la mayoría de los pacientes con estos padecimientos se halla en edad productiva. En la capital del país, en ese mismo año se registraron 112,833 casos, de tal forma que es el segunda entidad con mayor prevalencia de EG, solo después del Estado de México (cf. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2008).

La atención de las EG incluye el tratamiento farmacológico para controlar los síntomas y eliminar la infección por *Helicobacter pylori*, cuando es esta la causa del trastorno; la suspensión de los fármacos antiinflamatorios si son estos lo que lo provocan; las recomendaciones higiénico-dietéticas, como no automedicarse, evitar el sedentarismo, comer en horarios establecidos sin periodos prolongados de ayuno, evitar alimentos irritantes y seguir una dieta baja en grasa y rica en proteínas con aumento de fibra; por último, llevar a cabo un tratamiento psicológico para que el paciente regule sus reacciones emocionales y maneje el es-

trés, puesto que dichas reacciones agravan los síntomas (Tarraga, 2004).

Los pacientes con EG generalmente muestran escasa adherencia al tratamiento y a las recomendaciones médicas debido a que estos trastornos se caracterizan por periodos de ausencia de sintomatología y periodos de agravamientos de la misma, de modo que el paciente abandona el tratamiento al desaparecer los síntomas, haciéndose frecuentes las recaídas (Reynoso y Seligson, 2005).

Las conductas que revelan la falta de adhesión a las prescripciones médicas están asociadas frecuentemente a la ignorancia, convicciones o creencias, actitudes de los mismos pacientes o de las personas con quienes viven, falta de motivación, escasas habilidades de autocontrol y dificultades para cambiar los hábitos de vida. En otras ocasiones se generan por factores de naturaleza socioeconómica, educativa o demográfica. En general, los factores que afectan positiva o negativamente la adherencia terapéutica a tratamientos prolongados se pueden dividir como sigue: *a*) Factores relacionados con el paciente, como el poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento, creencias disfuncionales relacionadas con la enfermedad o su tratamiento, actitudes negativas del paciente hacia el tratamiento o hacia el personal de salud, deficiencias instrumentales para que el paciente se involucre en el tratamiento y poco o ningún apoyo familiar para facilitar el tratamiento; *b*) Factores relacionados con la enfermedad, como estados emocionales inducidos por la enfermedad incompatibles con la adherencia al tratamiento, efectos colaterales de este, padecimientos que requieren de tratamientos con requisitos de respuesta elevados (demandantes o complejos), y *c*) Factores relacionados con el equipo de salud, como la carencia o deficiencia de entrenamiento de médicos, enfermeras, asistentes sociales y demás acerca de la adhesión al tratamiento, creencias distorsionadas del personal de salud y de los familiares que cuidan al paciente acerca de la adhesión, actitudes negativas del personal de salud y de los familiares que cuidan al paciente y falta de comunicación médico-paciente (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey, 2003; Sánchez-Sosa, 2002). Aunado a lo anterior, se ha reconocido que la ansiedad, el enojo y el estrés son elementos que desencadenan o exacerban los sínto-

mas de las EG (Mayer, Naliboff y Chang, 2002; Nadales, 1998; Sharma, Ghosh y Spielberger, 1995). Muchos pacientes vistos en las clínicas parecen sufrir frecuentemente de estrés y problemas similares asociados con su enfermedad (Mertz, 2003); por lo tanto, la incidencia del estrés como condición que agrava la sintomatología es evidente, aunque no se considera un factor etiológico directo.

Hay por lo menos tres mecanismos conductuales que pueden estar implicados en la etiología y mantenimiento de las EG (Whitehead y Schuster, 1985):

1) La respuesta de estrés, considerada como una reacción psicofisiológica compleja ocasionada por eventos ambientales aversivos o amenazantes, habitualmente se acompaña de estados subjetivos de ansiedad o depresión y se considera una característica común de muy diversos trastornos psicofisiológicos que preceden al comienzo o la exacerbación de los síntomas (Cohen, 1979; Simón, 1996; Simón y Durán, 2000).

2) Los procesos de condicionamiento clásico explican la ocurrencia de determinadas reacciones psicofisiológicas en circunstancias aversivas o que provocan ansiedad solo a ciertos sujetos en función de su historia de aprendizaje, de tal manera que muchos síntomas gastrointestinales ocurren con frecuencia en situaciones no estresantes (DiCara, Braum y Papas, 1970; Whitehead y Schuster, 1985).

3) El condicionamiento operante referido al aprendizaje de un comportamiento crónicamente enfermo en función de contingencias de reforzamiento específicas. La conducta de enfermedad se conceptúa como cualquier actividad emprendida por un individuo que se percibe a sí mismo como enfermo para definir el estado de su salud y describir un remedio adecuado (Cohen, 1979; Sarafino, 1990). El condicionamiento también explica el aprendizaje y la modificación de respuestas fisiopatológicas específicas en pacientes con alteraciones gastrointestinales (Cohen, 1979; Simón y Durán, 2000).

A partir de la explicación del inicio, aumento y mantenimiento de síntomas en las EG a través de los tres mecanismos conductuales mencionados, se han empleado varias técnicas de modificación de conducta para complementar el tratamiento médico de los trastornos gastrointestinales,

las cuales incluyen el entrenamiento para reducir la ansiedad (biorretroalimentación, técnicas de relajación...), el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, solución de problemas, habilidades interpersonales, etc.) y la extinción o supresión de respuestas de ansiedad mediante desensibilización sistemática, manejo de contingencias y demás (Sánchez-Sosa, 2008).

Diversos resultados de investigación han mostrado que la psicoterapia, específicamente la modalidad cognitivo-conductual (Blanchard, Schwarz, Suks y cols., 1992; Blanchard, Radnitz, Schwarz y Neff, 1987; Blanchard, Schwarz y Neff, 1988; Lynch y Zamble, 1987, 1989; Neff, 1986; Neff y Blanchard, 1987; Schwarz, Blanchard y Neff, 1986), el control de estrés (Bennett y Wilkinson, 1985; Voirol e Hipolito, 1987) y la hipnosis (Whorwell, Prior y Colgan, 1987; Whorwell, Prior y Faragher, 1984) resultan efectivas para el tratamiento de EG; los tratamientos conductuales pueden resultar más efectivos que el control médico para algunos tipos de incontinencia fecal, vómito y úlcera péptica y ciertas alteraciones de la motilidad esofágica (Levenstein, 2002; Little, Akin-Little, Waldon y Garzaro, 2006; Whitehead, 1992).

Otros estudios han revelado que el entrenamiento en asertividad, la biorretroalimentación y la relajación profunda también reducen la frecuencia e intensidad de los síntomas de pacientes con úlcera (Brooks y Richardson, 1980). Sin embargo, los tratamientos conductuales prácticamente se han abandonado ante la aparición de tratamientos farmacológicos sumamente efectivos para el control de las úlceras pépticas y la gastritis (Whitehead, 1992). En esta área se han realizado estudios recientes en quienes se ha probado la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para disminuir los síntomas de trastornos digestivos funcionales, como el síndrome del intestino irritable (Blanchard, Lackner, Sanders y cols., 2007; Bogalo y Moss-Morris, 2006; Hunt, Moshier y Milonova, 2009; Ljotsson, Falk, Vesterlund y cols., 2010; Szigethy, Carpenter, Baum y cols., 2006; Thompson, 2010).

A pesar de dichos tratamientos médicos, el tratamiento psicológico para estos pacientes resulta esencial ya que el tratamiento médico se acompaña de modificaciones en la dieta y conductas

de riesgo, como fumar y beber alcohol y café, además de la ya documentada relación entre las emociones y las reacciones fisiológicas.

Considerando la importancia de los trastornos gastrointestinales y los principales hallazgos en la literatura de investigación acerca de su relación con aspectos psicológicos, continúa siendo indispensable un tratamiento adecuado, tanto médico como psicológico, que reduzca la frecuencia y gravedad de los síntomas y evite complicaciones indeseables.

No obstante los resultados favorables informados en cuanto a la reducción de la sintomatología, la mayoría de los estudios no son recientes y han descuidado las variables de adhesión a la toma de medicamentos y la modificación de estilos de vida tales como un régimen alimenticio inadecuado, el sedentarismo y las conductas de riesgo (fumar y beber alcohol y café), que representan elementos importantes para el tratamiento integral de los trastornos gastrointestinales y que ayudarían a reducir aún más o más rápidamente la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas.

Por consiguiente, el objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión al tratamiento y la regulación emocional de pacientes con gastritis, úlcera péptica o ERGE.

MÉTODO

Participantes

Tras invitar a participar a pacientes que acudían al Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México a realizarse estudio de endoscopia a lo largo de cuatro meses, cuatro de ellos aceptaron participar pero no acudieron, tres no aceptaron participar y tres aceptaron participar y concluyeron la intervención. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: *a)* pacientes adultos, hombres y mujeres, diagnosticados con gastritis, úlcera péptica o ERGE; *b)* con diagnóstico confirmado por endoscopia, y *c)* bajo tratamiento médico en el Hospital Juárez de México. A su vez, los criterios de exclusión fueron, a saber: *a)* pacientes que estuvieran expuestos a otra intervención psicológica o *b)* que se retiraran voluntariamente del estudio.

La Tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de los pacientes, así como el tipo de enfermedad, tiempo de evolución y de tratamiento. Todas

las pacientes tenían tratamiento farmacológico y recomendaciones higiénico-dietéticas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Pacientes	Sexo	Edad	Edo. civil	Escolaridad	Ocupación	Diagnóstico	Tiempo de diagnóstico	Tiempo con tratamiento
Paciente 1	F	61	Casada	Carrera técnica	Hogar	ERGE	5 años	3 años
Paciente 2	F	48	Casada	Secundaria	Hogar	Gastritis crónica	8 años	2 meses
Paciente 3	F	69	Casada	Primaria	Hogar	ERGE Gastritis crónica	8 años	4 años

Diseño

Se utilizó un diseño de caso único ($n = 1$) en el que se examinaron tres réplicas individuales del efecto clínico de la intervención (cf. McGuigan, 1997).

Como variable independiente se tomó la intervención para incrementar la adhesión terapéutica y la regulación emocional, intervención de corte educativo basada en técnicas cognitivo-conductuales y dividida en los siguientes módulos: Psicoeducación, Adhesión al medicamento, Adhesión al régimen alimenticio, Adhesión al ejercicio físico, Regulación emocional y Prevención de recaídas. La intervención se administró en sesiones grupales programadas semanalmente, siendo cada sesión de aproximadamente 90 minutos. La intervención fue aplicada por un psicólogo entrenado en el manejo de técnicas cognitivo-conductuales.

Como variables dependientes se consideraron las siguientes:

- a) *Adhesión terapéutica.* Proceso por el cual el paciente realiza una serie de esfuerzos durante el curso de la enfermedad a fin de alcanzar las demandas conductuales relacionadas con el tratamiento impuesto para cada padecimiento (Hotz y cols., 2003). Al efecto, se llevó a cabo un autorregistro diario de las siguientes conductas en un cuadernillo portátil, denominado coloquialmente "carnet": toma de medicamentos, régimen alimenticio, realización de ejercicio, conductas de riesgo (beber alcohol y café, fumar).
- b) *Ansiedad.* Estado emocional desapacible de miedo o aprensión en ausencia de un peligro o amenaza identificable. Se caracte-

riza por una gran variedad de síntomas somáticos, cognitivos o relacionados con la alteración de la alerta (Farré, Laceras y Casas, 2001). Los datos sobre ansiedad se colectaron a través de las respuestas al Inventario de Ansiedad Beck y el autorregistro diario de la frecuencia e intensidad con la que el paciente experimentaba la emoción. También se incluyeron indicadores fisiológicos, como presión arterial y frecuencia cardiaca, con mediciones previas y posteriores al entrenamiento en relajación.

- c) *Enojo.* 1) Enojo-estado: Fenómeno emocional marcado por sentimientos de naturaleza subjetiva e intensidad variable que van de una leve molestia o irritación a la ira intensa; generalmente está acompañado de tensión muscular y activación del sistema nervioso. 2) Enojo-rasgo: Disposición a percibir un amplio rango de situaciones como frustrantes o molestas, así como tendencia a responder a tales situaciones con elevaciones frecuentes de enojo-estado (Spielberger, 1988). Los datos sobre enojo se colectaron a través de las respuestas de los participantes al Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo y mediante el autorregistro diario en el carnet de la frecuencia e intensidad con que sintieron la emoción.
- d) *Síntomas de la enfermedad.* Dolor, ardor, inflamación, diarrea, estreñimiento, meteorismo, náuseas, vómito y acidez. Se llevó a cabo el autorregistro diario en el carnet sobre la frecuencia e intensidad con la que las participantes percibieron los síntomas.

Instrumentos

Registro conductual. Los pacientes utilizaron un cuadernillo del tamaño de un pasaporte al que se denominó "carnet", el cual contenía espacios señalados con pictogramas que representaban cada conducta a registrar y espacios para marcar la ocurrencia de cada una, suficientes para una semana. Estos sistemas de autorregistro se diseñaron expresamente para facilitar un registro conductual confiable por parte de pacientes con baja escolaridad y que ya han mostrado niveles razonables de confiabilidad en otros estudios (Sánchez-Sosa y Alvarado, 2008).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Versión en castellano del Beck Anxiety Inventory (Beck y Steer, 1993), que es una de las escalas de auto-aplicación más utilizadas para evaluar sintomatología ansiosa. Las propiedades psicométricas del BAI se han estudiado en población general y psiquiátrica de adolescentes y adultos, y ha mostrado una alta consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach superior a .90), así como validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50) y validez divergente moderada (correlaciones menores a .60) (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo (IEREE). Versión en castellano del State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) de Spielberger (1988), validado y estandarizado para adolescentes mexicanos por Vázquez (1994). Es un instrumento de papel y lápiz que consta de 35 reactivos y tres escalas: enojo-estado, enojo-rasgo y expresión del enojo. Cada escala contiene diez reactivos. La escala de enojo-estado mide la intensidad autopercibida de enojo en un momento particular; la escala enojo-rasgo mide las diferencias individuales en la disposición a experimentar enojo, y la escala de expresión del enojo se refiere a la forma en que el sujeto demuestra el enojo. Las tres escalas poseen una adecuada validez de constructo y una consistencia interna de .81.

Entrevista semiestructurada. Diseñada especialmente para el presente estudio con el propósito de recabar información sobre datos generales, diagnóstico, tratamiento y estilo de vida.

Procedimiento

El trabajo se realizó en cuatro etapas, las que se describen a continuación.

Etapas inicial

Los pacientes se reclutaron en la sala de espera del Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México. Se invitó a participar a los pacientes una vez que se corroboró el diagnóstico de gastritis crónica, úlcera péptica o ERG a través de un estudio endoscópico. Los pacientes escuchaban una descripción general de la intervención en la que se hacía énfasis en el papel de los factores psicológicos y conductuales sobre su enfermedad y tratamiento, tras de lo cual se les explicaban los potenciales beneficios que podrían obtener si aceptaban participar. Una vez que el paciente accedía, se leía junto con él una carta de consentimiento informado y se le pedía que la firmara.

Posteriormente, se instruía a cada participante en el llenado del carnet y se describía cada conducta que debía registrar, la forma de hacerlo y por cuánto tiempo, dando ejemplos con el medicamento prescrito y sus actividades del día anterior. Se le entregaba un carnet para que registrara durante una semana y se le daba una cita, indicando el lugar del hospital al que debía asistir.

A la siguiente semana se realizaba una entrevista semiestructurada de manera individual para recabar sus datos generales, antecedentes de la enfermedad, tratamientos recibidos, medicamentos y dosis y estilos de vida. Además, se hacía la evaluación inicial de manera individual, correspondiente a la línea base, lo que incluía la aplicación del BAI, el IEREE y el registro en el carnet una semana más.

Etapas intermedia

En la semana posterior a la evaluación se iniciaba la aplicación de la intervención, la cual se administraba en sesiones grupales programadas semanalmente, siendo cada sesión de aproximadamente 90 minutos. Todas las sesiones se llevaron a cabo en un aula del edificio de Enseñanza del hospital. La intervención estuvo compuesta por los siguientes módulos:

- *Psicoeducación.* El objetivo de este módulo fue que al final el paciente pudiera identificar la importancia del tratamiento psicológico y la relación entre su enfermedad y su comportamiento. En este módulo se proporcionaba información a los pacientes acerca de su enfermedad y la interacción de esta con sus emociones, cogniciones y conductas. Empleando términos sencillos e imágenes, se explicaba a los pacientes su enfermedad, los síntomas, el tratamiento y las posibles complicaciones, de tal forma que se mostrara la relevancia de involucrarse con el tratamiento y de realizar cambios en su estilo de vida.
- *Adhesión al medicamento.* El objetivo de este módulo fue que el paciente adoptara estrategias para tomar adecuadamente los medicamentos y siguiera las indicaciones médicas. En este módulo se utilizaron técnicas como las siguientes:
 - a) Entrenamiento en solución de problemas. Se utilizó la técnica de solución de problemas (D'Zurilla y Godfried, 1971; Nezu y Nezu, 1991) para ayudar a los pacientes a identificar y resolver los problemas por los cuales no tomaran su medicamento o no siguieran las indicaciones del médico, como olvidos, falta de dinero, incompreensión de las indicaciones del médico o inasistencia a las citas médicas, entre otros. A través de esta técnica se identificaron las principales barreras para la adhesión al tratamiento médico y se buscaron opciones de solución para mejorar la adhesión.
 - b) Reestructuración cognitiva. Esta técnica (Beck, 2000) se utilizó con el fin de identificar y modificar los pensamientos y creencias distorsionadas relacionadas con el tratamiento médico que interfieren con la adhesión.
 - c) Control de estímulos. El objetivo de esta técnica fue entrenar a los pacientes en estrategias que les facilitaran seguir las indicaciones médicas, e implica la manipulación del ambiente para mostrar información nueva o señales de referencia para que el paciente lleve a cabo la conducta deseada, en este caso la toma de medicamentos (Rodríguez, 1999). Durante este módulo, se les planteaba a los pacientes que para que no olvidaran tomar el medicamento podían reacomodar su ambiente (casa, oficina) y ocupar señales directas (como dejar el medicamento en el buró o en la cocina, preparar paquetes de dosis individuales para cargarlas en la bolsa, etc.) o indirectas (poner alarmas en el reloj o teléfono celular, hacer notas recordatorias, etc.).
 - d) Manejo de contingencias (Skinner, 1969). A través de reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y modelamiento, se intentó incrementar la cantidad y frecuencia de conductas de salud, como tomar adecuadamente los medicamentos y acudir a las citas médicas, además de disminuir las conductas indeseables como la automedicación, los olvidos o el uso de remedios caseros en lugar de los medicamentos prescritos.
- *Adhesión al régimen alimenticio y al ejercicio físico.* El objetivo de este módulo fue que los pacientes conocieran la importancia de seguir un régimen alimenticio y de realizar ejercicio físico, además de adquirir estrategias para realizar y mantener estas conductas, como las siguientes:
 - a) Entrenamiento en solución de problemas. Esta técnica se utilizó en el módulo para identificar y enfrentar los problemas o barreras que los pacientes tenían para seguir el régimen alimenticio y realizar actividades físicas. Por ejemplo, no comer refrigerios, no hacer ejercicio por no tener tiempo, no seguir la dieta por falta de dinero, entre otros; al final, se propusieron algunas opciones para resolver esos problemas.
 - b) Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 2001). Se entrenó a los pacientes para que desarrollaran habilidades que les facilitaran seguir un régimen alimenticio, como ser asertivos y negarse ante la invitación de consumir alimentos no permitidos en reuniones sociales o fiestas, o bien pedir apoyo a amigos o familiares para consumir solamente alimentos permitidos.
 - c) Disminución de requisito de respuesta y aproximaciones sucesivas (Skinner, 1969). Se pretendió que los pacientes modifica-

ran su régimen alimenticio y la cantidad de actividad física a través de incrementos o cambios graduales, así como hacer más sencilla y agradable la realización de esas conductas.

- *Regulación emocional* (ansiedad y enojo). El objetivo de este módulo fue que los pacientes aprendieran estrategias de regulación emocional que les permitiera enfrentar de forma adecuada su enfermedad:
 - a) Reestructuración cognitiva (Beck, 2000). Esta técnica se utilizó para entrenar a los pacientes a identificar la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas, y cómo los pensamientos, cuando son distorsionados, pueden intensificar las emociones. Después se entrenó a los pacientes a identificar y modificar las distorsiones cognitivas que intensificaban las emociones negativas, principalmente la ansiedad y el enojo.
 - b) Entrenamiento en solución de problemas. En el caso de que el paciente experimentara ansiedad o enojo y no tuviera distorsiones cognitivas, se utilizaba la técnica de solución de problemas para identificar y delimitar la situación generadora de la emoción, buscando así opciones de solución para enfrentar la situación problemática.
 - c) Entrenamiento en habilidades sociales. Con esta estrategia se enseñaron a los pacientes las habilidades necesarias para la adecuada expresión de emociones, asertividad, comunicación efectiva (componentes no verbales, lingüísticos y paralingüísticos) o formulación de peticiones.
 - d) Entrenamiento en relajación diafragmática y autógena. Se utilizó para disminuir las repuestas fisiológicas que acompañan a la ansiedad o el enojo, lo que permite al paciente enfrentar adecuadamente la situación generadora de ansiedad o enojo. Se pretendía que una vez que los pacientes dominaran las habilidades de relajación en un ambiente controlado (como el consultorio o una habitación sin ruido), pudieran aplicarlas en situaciones reales. La respiración diafragmática es un ejercicio sencillo en el que se entrena al paciente a respirar pro-

fundamente a través de su diafragma, lo que hace posible disminuir la tasa de respiración y la demanda de oxígeno, cambios que son incompatible con la respuesta de estrés. La relajación autógena consiste en entrenar al paciente a crear un estado de relajación profundo utilizando autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo y relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad (Schultz y Luthe, 1969). Para realizar el entrenamiento en relajación, se les explicaba a los pacientes cada una de las técnicas en términos sencillos y después se les pedía adoptar una postura cómoda y colocar una mano en el pecho y otra en el abdomen para que identificaran los movimientos de su respiración; para ello, se modeló la forma en que debían inhalar y exhalar; se les dio retroalimentación de manera individual y se les indicó las veces que tenían que realizar el ejercicio y los tiempos para inhalar y exhalar; finalmente, se les dijeron frases para ejemplificar la relajación autógena. Los ejercicios de relajación se llevaron a cabo durante dos sesiones y una vez que los pacientes dominaban las técnicas; en cada sesión se tomaron los indicadores fisiológicos antes y después de los ejercicios, los que fueron guiados por el terapeuta.

- *Prevención de recaídas*. En este módulo se examinaban las metas alcanzadas por el participante durante la intervención, se reafirmaban las técnicas aprendidas y se analizaban las opciones para prevenir recaídas. La prevención de recaídas tiene el objetivo de identificar y prevenir las situaciones de alto riesgo para recaer en conductas no saludables. Es importante educar sobre las recaídas y establecer con el paciente que un recaída no es un error, sino una forma de aprender y poner en práctica las estrategias adquiridas (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Durante toda la intervención se hicieron mediciones semanales mediante el carnet de adherencia. Asimismo, se obtuvieron las mediciones fisiológicas registradas por el terapeuta antes y después de las sesiones en las que se realizaron los ejerci-

cios de relajación. Para medir la tensión arterial y la frecuencia cardiaca, se utilizó el esfigmomanómetro digital.

Etapa final

A la siguiente semana, después de concluida la intervención, se hizo la evaluación final, consistente en la aplicación de los instrumentos BAI e IEREE. Se entregaron al paciente cuatro carnets en blanco para que los llenara durante las semanas de seguimiento.

Etapa de seguimiento

Esta etapa consistió en la aplicación de instrumentos (BAI e IEREE) después de un mes de haber concluido la intervención. Los pacientes entregaron los carnets que llenaron durante las cuatro semanas sin tratamiento, esto con la finalidad de conocer si los cambios obtenidos se habían mantenido a través del tiempo, generalizándose, o si hubo recaídas.

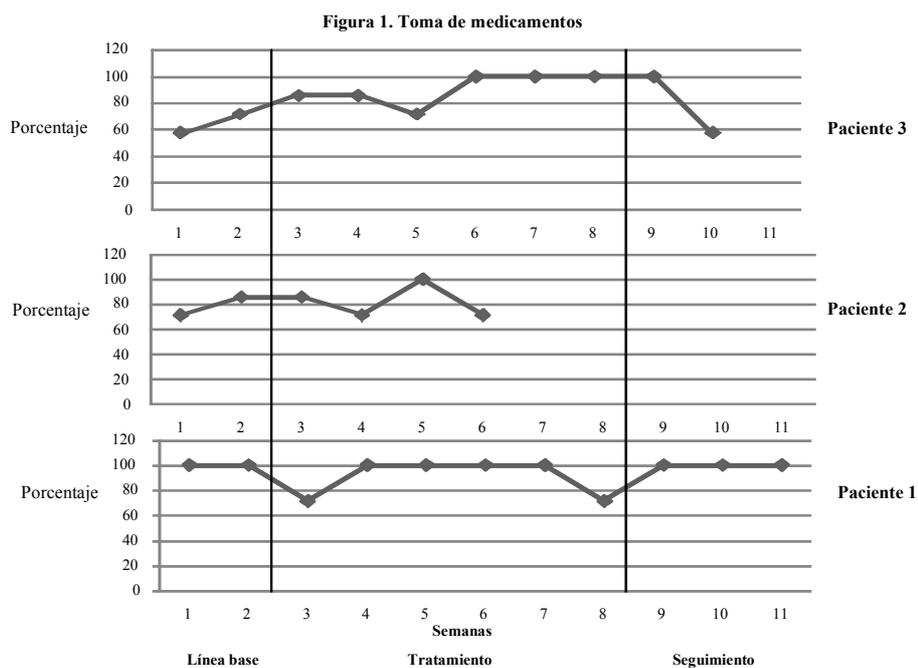
RESULTADOS

Para observar los cambios clínicos en las tres pacientes, se presentan los datos resumidos en tablas y figuras que muestran los cambios en cada una de las variables bajo estudio.

Los datos obtenidos a través de los carnets que se entregaban semanalmente, en los que los pacientes registraban diariamente lo arriba indicado, se resumieron a un dato por semana: dos de línea base, seis de tratamiento y tres de seguimiento. En las gráficas que se muestran, la semana 1 y 2 corresponden a la línea base, las semanas 9, 10 y 11 a la fase de seguimiento, y el resto a la intervención.

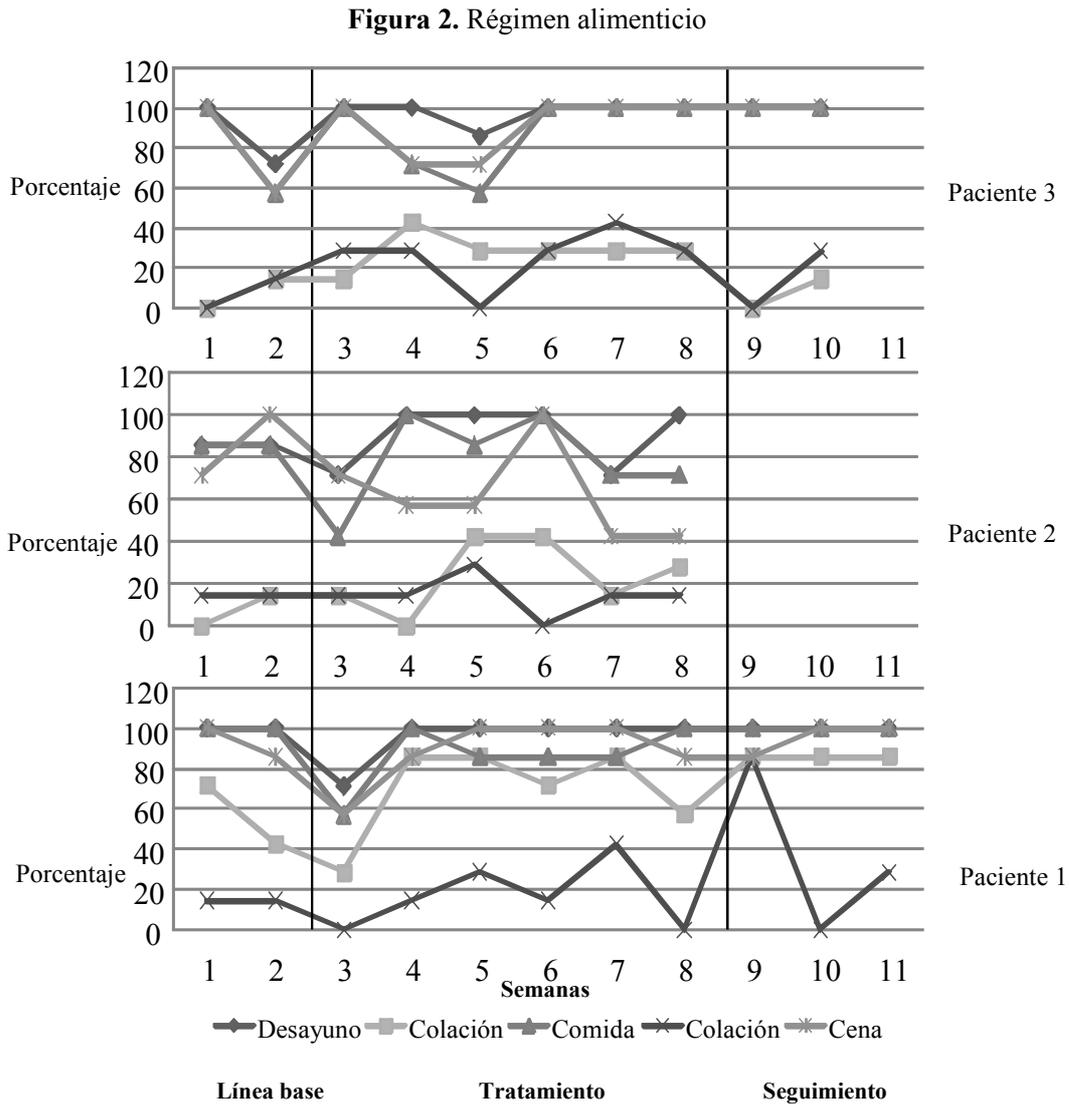
Cabe mencionar que la intensidad subjetiva de los síntomas y de las emociones no fue registrada las pacientes, por lo que no se reporta en los resultados. Estas solo reportaron tomar café y refresco como conductas de riesgo, pues ninguna de ellas pacientes consumía alcohol ni fumaba. Únicamente una de ellas reportó hacer actividad física, la que se mantuvo constante en frecuencia y duración a lo largo de la intervención, por lo que tampoco se reporta en los resultados.

La Figura 1 muestra el porcentaje en que las pacientes tomaban adecuadamente el medicamento cada semana. Se observa en la figura que la paciente 3 es la que más se benefició en cuanto a los cambios en la toma adecuada de medicamentos. La paciente 1 mostró desde el principio una adecuada toma de medicamentos, misma que se mantuvo a lo largo de la intervención y hasta el seguimiento. La paciente 2 no mostró cambios favorables en esta conducta.



La Figura 2 muestra el porcentaje de las pacientes que siguieron adecuadamente su régimen alimenticio cada semana. Se muestra el porcentaje de cada horario de comida (desayuno, colación, comida, colación y cena). En cuanto al régimen alimenticio, fueron las pacientes 1 y 3 las que más se beneficiaron y que mantuvieron los cambios hasta la fase de seguimiento, cumpliendo adecua-

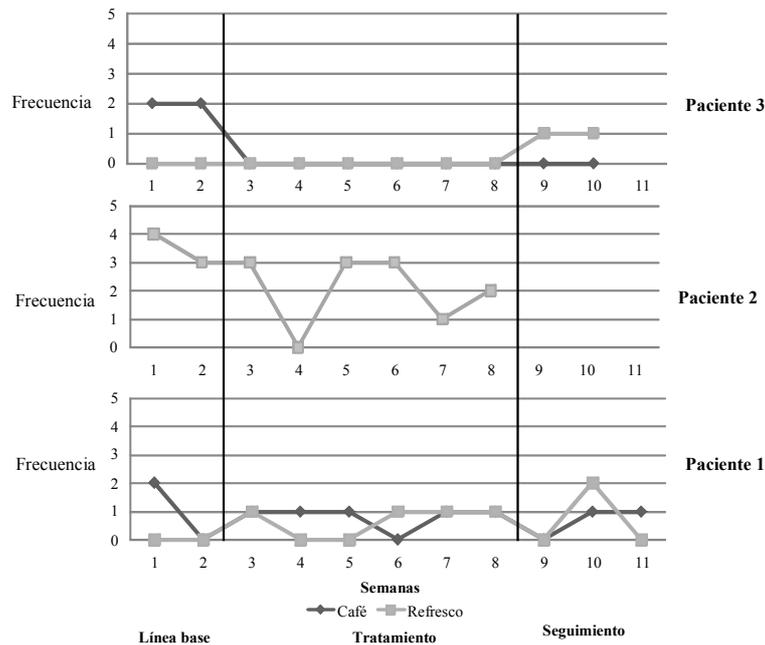
damente con desayuno, comida y cena (alimentación recomendada), y específicamente la paciente 1, con un almuerzo al medio día, lo que es muy importante ya que los pacientes no deben dejar pasar muchas horas sin consumir algún alimento. La paciente 2 se mostró inconstante en el seguimiento de su régimen alimenticio.



La Figura 3 muestra la frecuencia de conductas de riesgo que cada paciente tuvo por semana. Tanto la paciente 1 como la 3 disminuyeron el consumo de café a lo largo de la intervención, lo que se

mantuvo en la fase de seguimiento, y aumentaron el de refresco durante dicha fase. La paciente 2, aunque disminuyó el consumo de refresco, fue inconsistente.

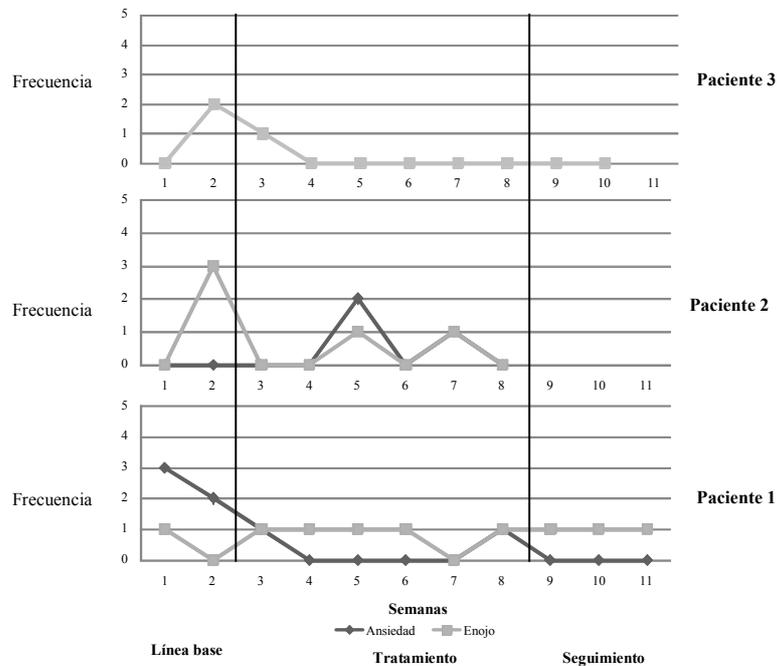
Figura 3. Conductas de riesgo



La Figura 4 muestra la frecuencia de emociones negativas que cada paciente experimentó semanalmente. Se observa una disminución de la frecuencia con que la paciente 1 experimentó ansiedad, y en cuanto al enojo prácticamente no registró cambios. La paciente 2 disminuyó la frecuen-

cia con la que experimentaba enojo a lo largo de la intervención, aunque la de ansiedad aumentó al final de la intervención. La paciente 3 sólo registró que experimentaba enojo, cuya frecuencia disminuyó a partir de que inició la intervención y se mantuvo hasta el seguimiento.

Figura 4. Emociones negativas



En relación a los indicadores fisiológicos de relajación que se registraron antes y después del entrenamiento en relajación durante las tres sesiones de regulación emocional, se presentan los re-

sultados en la Tabla 2. Se observa que hubo disminución de los indicadores fisiológicos al final de los ejercicios de relajación en la mayoría de las sesiones.

Tabla 2. Indicadores fisiológicos antes y después de los ejercicios de relajación..

		Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3	
		Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
Paciente 1	PS	127	132	137	133	138	131
	PD	66	67	80	76	77	79
	FC	62	55	63	63	77	77
Paciente 2	PS	102	96	100	93	113	103
	PD	66	66	69	71	66	59
	FC	63	60	60	55	60	58
Paciente 3	PS	147	139	140	142	151	136
	PD	88	89	82	88	86	78
	FC	85	79	79	75	73	71

PS: Presión sistólica; PD: Presión diastólica; FC: Frecuencia cardiaca.

La Tabla 3 muestra los puntajes obtenidos en las pruebas psicométricas aplicadas a los pacientes antes y después de la intervención y durante el seguimiento. La paciente 1 pasó de ansiedad leve a mínima al final de la intervención, nivel que se mantuvo en el seguimiento; los puntajes obtenidos en la subescala de enojo-rasgo disminuyeron después de la intervención y durante el seguimiento.

En la paciente 3 también disminuyó el puntaje de ansiedad al final y durante el seguimiento, aunque el cambio no fue tan marcado, y sucedió lo mismo en la subescala de enojo-rasgo. La paciente 2 permaneció igual en el nivel de ansiedad y de enojo-rasgo, aumentando su puntaje en la escala de enojo-estado al final de la intervención; de ella no se tienen medidas durante el seguimiento.

Tabla 3. Puntajes de BAI y IEREE antes y después de la intervención y en el seguimiento.

	Paciente 1			Paciente 2			Paciente 3		
	Antes	Después	Seg.	Antes	Después	Seg.	Antes	Después	Seg.
BAI	15 puntos Leve	3 puntos Mínima	4 puntos Mínima	17 puntos Moderada	16 puntos Moderada	—	10 puntos Leve	9 puntos Leve	2 puntos Mínima
Enojo-estado	0 puntos	1 punto	0 puntos	3 puntos	5 puntos	—	0 puntos	0 puntos	0 puntos
Enojo-rasgo	15 puntos	0 puntos	8 puntos	8 puntos	8 puntos	—	8 puntos	7 puntos	5 puntos

En cuanto a la frecuencia de síntomas que cada paciente tuvo semanalmente, la paciente 1 mostró una disminución en los síntomas de flatulencia, inflamación y ardor; en la paciente 3 disminuyeron los síntomas de inflamación y ardor, y la paciente 2 no mostró cambios importantes en la frecuencia de sus síntomas.

DISCUSIÓN

En general, los resultados muestran que la intervención resultó efectiva en dos de las tres pacientes del estudio, ya que mostraron cambios favorables en la conducta de adhesión al tratamiento médico y adquirieron habilidades para la regulación emocional, lo que repercutió en la disminución de sus síntomas.

Dos de las pacientes (1 y 3) mostraron una mayor adhesión, pues al finalizar la intervención cumplieron la totalidad de las indicaciones del médico en cuanto a las dosis y horarios de ingestión de sus medicamentos. Los cambios muestran una tendencia a la mejoría entre las sesiones 4 y 5, después de impartir el módulo de adhesión a los medicamentos, en la que se entrenó a las pacientes en técnicas como control de estímulos, manejo de contingencias y reestructuración cognitiva, que son técnicas que han demostrado ser efectivas en intervenciones dirigidas a pacientes para mejorar la adhesión terapéutica (Hotz y cols., 2003).

Dos de las pacientes (1 y 3) mejoraron su seguimiento al régimen alimenticio; de hecho, después del módulo de adherencia al régimen alimenticio y actividad física mostraron que al menos en el desayuno, comida y cena cumplieron totalmente las indicaciones del médico en relación a los alimentos permitidos y no permitidos. En cuanto a las colaciones, se observó una mejoría en cuanto que al principio de la intervención las pacientes no llevaban a cabo esta conducta, pero al final de la intervención comenzaron a tomar el refrigerio de forma regular, llegando a cumplir de forma adecuada hasta en un 50-60% de dicho consumo.

Lo anterior indica que las técnicas empleadas en el módulo de adhesión al régimen alimenticio fueron efectivas, toda vez que dotaron a las pacientes de estrategias para disminuir el costo de respuesta de esta conducta y adherirse a su régimen de alimentación. A partir de ello, se puede decir que el desarrollar una conducta nueva que tiene nula probabilidad de aparición porque no existe en el repertorio conductual (como el tomar refrigerio), implica un mayor requisito de respuesta que modificar una conducta ya existente (como modificar el régimen alimenticio en el desayuno, comida y cena).

Evitar conductas de riesgo como la automedicación, el sedentarismo y el consumo de alcohol, tabaco, café, chocolate y refrescos, es condición que complementa el tratamiento farmacológico (Tarraga, 2004) y que se relaciona con la adhesión al tratamiento. En este estudio, fueron las pacientes 1 y 3 las que se beneficiaron de la intervención al disminuir sus conductas de riesgo; no obstante, el consumir refrescos fue una conducta que se incrementó durante el seguimiento, lo

que se puede deber a que las semanas de seguimiento coincidieron con las fiestas navideñas y el fin de año, fechas que representan un factor de riesgo de recaídas por el fácil acceso a alimentos y bebidas contraindicados para las pacientes.

Las pacientes 1 y 3 son las que adquirieron estrategias para regular sus emociones negativas y las llevaron a la práctica, pues al final de la intervención disminuyó la frecuencia con que experimentaron dichas emociones, así como sus niveles de ansiedad y enojo medidos con las pruebas psicométricas; hubo asimismo disminución en los indicadores fisiológicos registrados, lo que indica que las pacientes se relajaron al final del entrenamiento.

La paciente 2 no mostró cambios en la variable de regulación emocional (ansiedad y enojo) al no mostrar una adecuada adhesión a las indicaciones médicas, y es probable que tampoco la haya tenido a las recomendaciones para su regulación emocional. Es importante repetir que esta paciente tenía problemas familiares y económicos durante la intervención y que se agravaron al final, lo que también pudo dificultar que siguiera las indicaciones médicas y psicológicas.

En la paciente 3 se observan más cambios en el sentido esperado, con lo que se puede afirmar que fue la que obtuvo un mayor beneficio de la intervención; ello puede deberse a que sufría dos padecimientos (gastritis y ERGE), y por lo tanto manifestar más síntomas que afectasen su bienestar y actividades cotidianas; además, tenía un mayor tiempo de enfermedad (cuatro años), y, según Safren (1999), si los pacientes perciben sus síntomas como más graves o molestos, tienden a cumplir más las indicaciones médicas y a involucrarse en mayor medida en el tratamiento.

En la paciente 2 no se observaron cambios en la dirección esperada, lo que puede deberse a que era una paciente que reportó sentir pocos síntomas y tenía poco tiempo de haber sido diagnosticada, factores estos relacionados con la enfermedad que pueden afectar negativamente la adhesión (Safren, 1999; Sánchez-Sosa, 2002). Además, la paciente exhibía estados emocionales incompatibles con la adhesión, que por su gravedad no mejoraron con la intervención y que muy probablemente requerían de una atención psicológica individualizada.

El incremento de la adhesión terapéutica y el disponer de estrategias para regular emociones negativas como la ansiedad y el enojo, hizo posible que la frecuencia de los síntomas percibidos por las pacientes disminuyera.

Los resultados de este estudio ocurrieron en la misma dirección que los resultados de estudios internacionales similares (Blanchard y cols., 1987; Blanchard y cols., 1988;

Brooks y Richardson, 1980; Lynch y Zamble, 1987, 1989; Neff y Blanchard, 1987; Neff, 1986; Schwarz y cols., 1986) en los que se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del estrés y la ansiedad, teniendo como consecuencia la disminución de dichos síntomas. La diferencia fue que la presente investigación incluyó técnicas cognitivo-conductuales no solo para la regulación emocional, sino también para incidir en conductas de adhesión terapéutica para el tratamiento farmacológico y para las indicaciones higiénico-dietéticas, que son de importancia porque complementan el tratamiento farmacológico y aseguran su efectividad.

Si bien los presentes resultados no son generalizables a todos los pacientes que sufren cuadros clínicos similares por el limitado número de sujetos que participaron en él, los hallazgos son semejantes a los de otras investigaciones y conllevan beneficios importantes por la reducción de posibles complicaciones de la enfermedad, la disminución de gastos económicos y la mejoría en el bienestar general del paciente. Otra limitación importante del presente estudio a este respecto es que no recoge datos suficientes para realizar un análisis de costo-efectividad del tratamiento psicológico debido a que hay pocas investigaciones que hablen de la carga económica de estas enfermedades (Barron y Zacker, 2001; Camilleri y Williams, 2000) y del costo-efectividad de su tratamiento (Richardson, Sculpher, Kennedy y cols., 2006); no obstante, sería valioso y necesario rea-

lizar un análisis de esta naturaleza, para lo cual se requerirá retomar indicadores adecuados para este fin, antes y después de la intervención psicológica; tales indicadores deben incluir la cantidad de fármacos empleados y su costo, así como el número de ingresos a los servicios de urgencia debidos a problemas derivados del padecimiento.

Una limitación más es el periodo tan corto de las fases de línea base y seguimiento. Serían necesarias más repeticiones en un mayor número de pacientes, incrementar la línea base y el periodo de seguimiento y observar los efectos clínicos y estadísticos. Además, en este estudio no se puede precisar qué efectos se desprenden de cada uno de los procedimientos implementados, de modo que será esencial evaluar cada uno de los componentes de la intervención propuesta.

También es deseable buscar estrategias que faciliten al paciente el registro de la intensidad de los síntomas y de sus emociones negativas para complementar el dato de la frecuencia y los de autorreporte con estudios médicos (endoscopía), valorando su conveniencia y el tiempo en que dichos estudios se pueden repetir en un paciente.

Sería conveniente, por último, evaluar la relación costo-beneficio de practicar la intervención de forma grupal versus individual, si bien la primera ofrece algunas ventajas, como compartir experiencias y soluciones adoptadas para determinados problemas, emociones ante situaciones o problemas similares, retroalimentación y menores costos en tiempo y recursos humanos; si bien algunos pacientes tienen dificultades para aprender o modificar ciertas conductas al ritmo del grupo, pueden tener otros problemas asociados que no les permiten avanzar igual que los otros miembros del grupo, por lo que tal vez sea necesario emplear ciertas estrategias, como llevar a cabo sesiones individuales, como fue el caso de la paciente 2 en este estudio.

REFERENCIAS

- Barron, M. y Zacker, C. (2001) Irritable bowel syndrome: toward a cost-effective management approach. *American Journal of Managed Care*, 7(8 Suppl), S268-S275.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Harcourt Brace and Company.

- Bennett, P. y Wilkinson, S. A. (1985). Comparacion of psychological and medical treatment of the irritable bowel syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 215-216.
- Blanchard, E., Lackner, J., Sanders, K., Krasner, S., Keefer, L., Payne, A., y cols. (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 633-648.
- Blanchard, E., Radnitz, C., Schwarz, S. y Neff, D. (1987). Psychological changes associated with self-regulatory treatments of irritable bowel. *Biofeedback y Self Regulation*, 12(1), 31-37.
- Blanchard, E., Schwarz, S. y Neff, D. (1988). Two-year follow-up of behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 19(1), 67-73.
- Blanchard, E., Schwarz, S., Suks, J.M., Gerardi, M.A., Scharff, L., Greene, B. y cols. (1992). Two controlled evaluations of a multicomponent psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Research and Therapy*, 2, 175-189.
- Bogalo, L. y Moss-Morris, R. (2006). The effectiveness of homework tasks in an irritable bowel syndrome cognitive behavioural self-management programme. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(3), 120-125.
- Brooks, G.R. y Richardson, F.C. (1980). Emotional skills training: A treatment program for duodenal ulcer. *Behavior Therapy*, 11, 198-207.
- Caballo, V.E. (2001). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo (Comp.): *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 403-443). Madrid: Siglo XXI.
- Camilleri, M., y Williams, D. (2000). Economic burden of irritable bowel syndrome: Proposed strategies to control expenditures. *Pharmacoeconomics*, 17(4), 331-338.
- Cohen, F. (1979). Personality, stress and the development of physical illness. En G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler y cols (Eds.): *Health Psychology: A Handbook* (pp. 77-111). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- D'Zurilla, T. y Godfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Díaz-Rubio, R. (2002). Trastornos funcionales digestivos, ¿un problema exclusivo de sociedades occidentales? *Anales de Medicina Interna*, 19, 1-2.
- DiCara, L.V., Braum, J.J. y Papas, B.A. (1970). Classical conditioning and instrumental learning of cardiac and gastrointestinal responses following removal of neocortex in the rat. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 73, 209-216.
- Farré, J., Laceras, M. y Casas, J. (2001). *Enciclopedia de Psicología*. Barcelona: Océano.
- Fernández, C. (1993). Síndrome del intestino irritable: aproximación conductual a su evaluación y su tratamiento. En M. A. Simón (Ed.): *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de investigación* (pp. 139-157). Madrid: Pirámide.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J.J. y Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. En E. Sabate (Ed.): *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- Hunt, M., Moshier, S. y Milonova, M. (2009). Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9), 797-802.
- Levenstein, S. (2002). Psychosocial factors in peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 739-750.
- Little, S., Akin-Little, K., Waldon, E. y Garzaro, P. (2006). *Chronic health-related disorders in children: Collaborative medical and psychoeducational interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Ljotsson, B., Falk, L., Vesterlund, A., Hedman, E., Lindfors, P., Ruck, C. y cols. (2010). Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome. A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 531-539.
- Lynch, P. y Zamble, E. (1987). Stress management training for irritable bowel syndrome: A preliminary investigation. *Clinical Biofeedback & Health: An International Journal*, 10 (2), 123-134.
- Lynch, P. y Zamble, E. (1989). A controlled behavioral treatment study of irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 20(4), 509-523.
- Manual CTO de Medicina y Cirugía* (2007). Tomo I. México: McGraw-Hill.
- Mayer, E., Naliboff, B. y Chang, L. (2002). Evolving pathophysiological model of functional gastrointestinal disorders: implications for treatment. *Taylor & Frances Health Science*, 587, 9-3.
- McGuigan, F.J. (1997). *Experimental psychology: Methods of research*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Mertz, H. (2003). Irritable bowel syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 349(22), 2136-2146.
- Moreira, V., Ramos, F. y López, A. (2001). *Las enfermedades digestivas. Manual de consejos prácticos*. Madrid: McGraw-Hill.
- Nadales, A. (1998). *Ansiedad y trastornos digestivos*. Disponible en línea: <http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/nadal.htm#7> (Recuperado el día 28 de octubre de 2007).

- Neff, F. y Blanchard, E. (1987). A multi-component treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 18, 70-83.
- Neff, F. (1986). The psychological treatment of irritable bowel syndrome: Comparison of a multi-component treatment strategy to a waiting list control group. *Dissertation Abstracts International*, 46(12-B, Pt 1), 4410.
- Nezu, A. y Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. E. Caballo (Comp.): *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553), Madrid: Siglo XXI.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Richardson, G., Sculpher, M., Kennedy, A., Nelson, E., Reeves, D., Roberts, C. y cols. (2006). Is self-care a cost-effective use of resources? Evidence from a randomized trial in inflammatory bowel disease. *Journal of Health Services y Research Policy*, 11(4), 225-230.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodríguez, G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: Porrúa.
- Safren, S.A. (1999). Cognitive-behavioral interventions to increase medication adherence. En Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School (Eds.): *Psychiatric Practice: Everyday Solutions* (pp. 191-213). Boston, MA: Continuing Education Workshop Materials.
- Sánchez-Sosa, J.J. y Alvarado, A.S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: A field test with disadvantaged patients. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 313-331.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 85-92.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2008). Competencias científicas y profesionales: Cimientos metodológicos y de integración en las ciencias del comportamiento. En C. Carpio (Coord.): *Competencias profesionales y científicas del psicólogo* (pp. 247-282). México: UNAM.
- Sarafino, E. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interventions*. New York: John Wiley & Sons.
- Schultz, J.H. y Luthe, W. (1969). *Autogenic methods: Vol. I*. New York: Grune & Stratton.
- Schwarz, S., Blanchard, E. y Neff, F. (1986). Behavioral treatment of irritable bowel syndrome: A 1-year follow-up study. *Biofeedback & Self Regulation*, 11(3), 189-198.
- Sharma, S., Ghosh, S. y Spielberger, C. (1995). Anxiety, anger expression and chronic gastric ulcer. *Psychological Studies*, 40(3), 187-191.
- Simón, M. (1996). Evaluación de los trastornos gastrointestinales. En G. Buela-Casal V. Caballo y C. Sierra (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 701-725). Madrid: Siglo XXI.
- Simón, M. y Durán, M. (2000). Trastornos gastrointestinales. En M. J. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (Eds.): *Intervenciones psicológicas en trastornos de la salud* (pp. 268-298). Madrid: Dykinson.
- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/ Dirección General de Epidemiología/SSA (2008). *Casos de úlceras, gastritis y duodenitis por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos*. Disponible en línea: <http://www.dgepi.salud.gob.mx> (Recuperado el día 23 de noviembre de 2006).
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Spielberger, C. (1988). *State-trait anger expression inventory. Research edition. Professional manual*. Florida, FL: Psychological Assessment Resources.
- Szigethy, E., Carpenter, J., Baum, E., Kenney, E., Baptista-Neto, L., Beardslee, W. y cols. (2006). Case study: Longitudinal treatment of adolescents with depression and inflammatory bowel disease. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 45(4), 396-400.
- Tarraga, P.J. (2004). Trastornos funcionales digestivos. Una visión desde la atención primaria. *Revista de la SEMG*, 61, 78-83.
- Thompson, M. (2010). Heart rate variability biofeedback therapy versus cognitive therapy for irritable bowel syndrome: A study of attendance, compliance, and symptom improvement. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(3-B), 2087.
- Vázquez C., G.A. (1994). *Una escala para la medición del enojo en adolescentes*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. México: UNAM.
- Voirol, M.W. y Hipolito, J. (1987). Anthro-analytical relaxation in irritable bowel syndrome: Result 40 months later. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 117, 1117-1119.
- Whitehead, W. y Schuster, M.M. (1985). *Gastrointestinal disorders. Behavioral and physiological basis for treatment*. New York: Academia Press.
- Whitehead, W. (1992). Behavior medicine approaches to gastrointestinal disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 605-612.

- Whorwell, P.J., Prior, A. y Cogan, S.M. (1987). Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: Further experience. *Gut*, 28, 423-425.
- Whorwell, P.J., Prior, A. y Faragher, E.B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet*, 1-2(8414), 1232-1234.
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. *American Psychological Association*, 59(4): 224-235.