

CONFLICTOS COGNITIVOS EN TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS

COGNITIVE CONFLICTS IN FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

Ruth Benasayag

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6585-3712>

Psicoterapeuta especialista en trastorno funcional digestivo en
Centro Médico Teknon, Barcelona. España.

Fermín Mearin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6821-0619>

Director del Servicio de Aparato Digestivo en Centro Médico Teknon, Barcelona. España.

Mari Aguilera

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2656-2688>

Profesora agregada en la Universidad de Barcelona. España

Guillem Feixas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6288-6009>

Catedrático en la Universidad de Barcelona. España

Este artículo fué publicado en inglés. Esta es la versión española.

Enlace a la versión inglesa: (<https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.995>).

Cómo referenciar este artículo:

Benasayag, R., Mearin, F., Aguilera, M. y Feixas, G. (2021). Cognitive conflicts in functional gastrointestinal disorders [Conflictos cognitivos en trastornos funcionales digestivos]. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 55-69. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.995>



Resumen

La importancia de los factores psicológicos en los Trastornos Funcionales Digestivos (TFD) queda plasmada en la literatura, sin embargo, los factores cognitivos apenas se han investigado y en particular, los conflictos cognitivos nunca se han explorado en este tipo de trastornos. El objetivo de este estudio es comparar las características cognitivas y sintomáticas de un grupo de 66 pacientes con TFD (33 diagnosticados de Síndrome del Intestino Irritable y 33 de Dispepsia Funcional) en comparación con un grupo control de participantes sin síntomas de TFD ni psicopatológicos. Ambos grupos fueron apareados por sexo y edad. La evaluación de la muestra clínica se llevó a cabo siguiendo los criterios del DSM-IV-TR y tanto a la muestra clínica como al grupo control se les administró el SCL 90-R, y además la Técnica de la Rejilla para la identificación de los conflictos cognitivos (dilemas implicativos) y de la discrepancia yo-ideal. Los resultados mostraron que el 85% de TFD cumplía criterios para algún trastorno del eje I del DSM-IV-TR, principalmente trastornos de ansiedad y de somatización. Respecto al eje II, el 23% presentó por lo menos un trastorno de personalidad, siendo los más comunes los de evitación y dependencia. En cuanto al eje IV, los pacientes informaron de un mayor número de problemas relativos al grupo primario de apoyo. Los pacientes con TFD mostraron mayor sintomatología con respecto al grupo control en diversas escalas del SCL-90-R. Por otro lado, los pacientes con TFD presentaron más dilemas implicativos que los controles sanos, así como una menor autoestima. No se observaron diferencias significativas en función del tipo de TFD (Síndrome del Intestino Irritable o Dispepsia Funcional).

Palabras clave: síndrome del intestino irritable, dispepsia funcional, técnica de rejilla, constructivismo, dilema implicativo, identidad personal

Abstract

The importance of psychological factors in functional gastrointestinal disorders (FGID) is well-established in the literature; however, cognitive factors have hardly been researched and, in particular, cognitive conflicts have not been explored for these disorders. The aim of this study is to compare the cognitive and symptomatic characteristics of a group of 66 FGID patients (33 diagnosed with irritable bowel syndrome and 33 with functional dyspepsia) with a control group of participants without FGID or psychopathological symptoms. Both groups were matched by sex and age. The evaluation of the clinical sample was carried out following the criteria of the DSM-IV-TR. The SCL 90-R, and also the Repertory Grid for the identification of cognitive conflicts (implicative dilemmas) and self-ideal discrepancy, were administered to both the clinical sample and the control group. Results showed that 85% of FGID patients met the criteria for one axis I disorder of the DSM-IV-TR, mainly anxiety and somatization disorders. Regarding axis II, 23% presented at least one personality disorder, the most common ones being those of avoidance and dependence. Regarding axis IV, the patients reported a higher number of problems relative to the primary support group. FGID patients showed greater symptoms compared to the control group on various SCL 90-R scales. On the other hand, FGID patients presented more implicative dilemmas than healthy controls, as well as lower self-esteem. No significant differences were observed depending on the type of FGID (irritable bowel syndrome or functional dyspepsia).

Keywords: irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, repertory grid technique, constructivism, implicative dilemma, self-identity

Los trastornos funcionales digestivos (TFD) se definen como la presencia crónica o recurrente de una combinación variable de síntomas gastrointestinales no explicables por alguna alteración estructural o bioquímica (Drossman, 1999; Jones et al., 2007; Lacy et al., 2016). El Síndrome del Intestino Irritable (SII), definido como malestar abdominal crónico con síntomas intestinales alternos, y la Dispepsia Funcional (DF), definida como malestar crónico en la parte superior del abdomen, son dos de los TFD más frecuentes. Dado que el diagnóstico de TDF necesita excluir alteraciones patológicas orgánicas o bioquímicas, se basa principalmente en criterios consensuados entre expertos.

Estudios epidemiológicos han informado de tasas de prevalencia entre el 10% y el 20% en la población occidental, aunque podrían variar notablemente según el conjunto de criterios utilizados para el diagnóstico (Chey et al., 2015; Hungin et al., 2003; Mearin et al., 2001). Además, los TFD se han asociado con una disminución significativa de la calidad de vida y un aumento del uso de recursos sanitarios (Hungin et al., 2003; Maxion-Bergemann et al., 2006; Sandler et al., 2002). Curiosamente, varios autores señalan la comorbilidad como factor explicativo del aumento del uso de recursos sanitarios en pacientes con SII (Chey et al., 2015; Johansson et al., 2010). En concreto, uno de los principales predictores de los costes sanitarios fue la comorbilidad psiquiátrica. En este aspecto, la literatura existente sugiere una alta presencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con TFD, aproximadamente del 42% al 90%, siendo los diagnósticos más comunes la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos somatomorfos (Benasayag et al., 2004; Drossman et al., 1999b; North et al., 2007; Vandvik et al., 2004; Whitehead et al., 2002). Los TFD son síndromes heterogéneos, por lo tanto, la comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes podría ser clave para la elección de intervenciones y los consecuentes resultados en el diseño de ensayos de tratamiento. Sin embargo, estas evidencias se basan básicamente en pacientes con SII, pero se conoce poco acerca de la comorbilidad psiquiátrica en otros tipos de pacientes con TFD, como sería el caso, por ejemplo, de los pacientes con DF.

Debido a que el estudio de TFD no puede enfocarse solo en fisiopatología, se ha convertido en una investigación verdaderamente multidisciplinaria (Chey et al., 2015). Desde una perspectiva psicológica (ver también Benasayag et al., 2002), el estudio de los conflictos cognitivos podría ofrecer una comprensión putativa del sufrimiento psicológico severo de estos pacientes como sugiere nuestro estudio exploratorio previo (Benasayag et al., 2004). La teoría de los constructos personales (TCP) de Kelly (Kelly, 1955/1991; Walker & Winter, 2007) probablemente representa el marco

más elaborado para la comprensión de los conflictos cognitivos. El modelo constructivista considera la actividad humana como un proceso de creación de significado. Según la TCP, los individuos crean teorías informales sobre sí mismos, otras personas, su salud, etc. Además, su respuesta a las situaciones que viven (sensaciones corporales, experiencias interpersonales, intervenciones profesionales, etc.) está mediada por esta interpretación. Desde esta perspectiva, estas teorías o modelos mentales están formados por un conjunto de constructos personales bipolares que son distinciones extraídas de la percepción de similitudes y diferencias encontradas en la experiencia diaria de cada persona, y luego incorporadas a su sistema de construcción para anticipar y dar sentido a eventos. Todos estos constructos están organizados en una red de significados interdependiente, compleja y jerárquica, de modo que los constructos de un nivel jerárquico inferior, o periférico, pueden relacionarse directamente con otros constructos centrales superiores, es decir, aquellos que forman la identidad personal. La persona podría “resistir” ante la perspectiva de un cambio en estos constructos centrales, ya que implicaría un cambio general del sistema y una posible “amenaza” para su sentido de identidad personal. Por lo tanto, enfrentar un cambio que involucra constructos centrales conlleva un conflicto o dilema cognitivo para el individuo.

Los constructos personales, vistos como las distinciones que los humanos dibujan en su experiencia, no son necesariamente verbales o conscientes, y lo son mucho menos las implicaciones que tienen unos constructos para la red de otros constructos que forman un sistema cognitivo. Cuando las implicaciones de un constructo en la red de constructos conllevan un conflicto, lo que es conocido como dilema implicativo en la TCP, la persona puede sentirse estresada y bloqueada en sus movimientos (en la toma de decisiones o en las acciones necesarias para su desarrollo o bienestar) pero no tiene que ser necesariamente consciente de las razones de esa angustia. La fuente de este estrés es interna, pero generalmente se desencadena por eventos externos que requieren que los constructos entrelazados que forman el dilema sean entendidos y abordados.

Pongamos de ejemplo a Esther, una de las participantes de nuestro estudio, ella se ve a sí misma como “pausada” y quiere volverse “enérgica” (en sus propias palabras) pero en su red de constructos (más abajo se proporciona información sobre la evaluación del sistema de constructos) las personas que son “enérgicas” suelen ser también “malas personas”. Esta implicación se basa en su experiencia con personas importantes de su vida,

la mayoría de ellas son “enérgicas” y “malas personas” o “pausadas” y “buenas personas” como ella. Por lo tanto, las situaciones de su vida en las que se necesita actuar con energía son de alguna manera problemáticas para ella. Ser “enérgica” podría implicar, en su red de significados, volverse más mala como persona, como algunas figuras desagradables en su vida (la “persona non grata”, en este ejemplo).

Tanto el contenido como la estructura de los sistemas de constructos personales se han explorado utilizando la Técnica de Rejilla (TR). Consideramos que la TR es una herramienta de especial utilidad para el estudio de un fenómeno tan complejo como la relación entre la identidad y el dolor o malestar presente en los pacientes con TFD porque es una forma de evaluación que combina un abordaje idiográfico, enfocándose en los constructos relevantes para cada persona en particular, con medidas nomotéticas, que permiten la comparación entre individuos (Feixas, 2003). De hecho, la TR ya se ha utilizado para este fin en otras muestras con dolor crónico (Aguilera et al., 2019; Compañ et al., 2011).

Las TR también permite medir la autoestima, concepto clave en la construcción de la identidad de un individuo. La baja autoestima se ha relacionado ampliamente con un gran número de trastornos psicológicos, así como con el bienestar subjetivo y el funcionamiento eficaz (Cheng & Furnham, 2003; Furnham & Cheng, 2000; Robson, 1998). La TR proporciona una medida de discrepancia entre el “yo actual” (la visión actual de una persona de sí mismo) y el “yo ideal” (cómo le gustaría ser idealmente a una persona) que podría considerarse una medida de autoestima.

En este sentido, un reciente estudio exploratorio con pacientes con SII mostró más conflictos cognitivos, así como menos autoestima en comparación con la muestra normal (Benasayag et al., 2004). Se necesita más investigación para comprender el papel putativo de los conflictos cognitivos definidos como dilemas implicativos en el mantenimiento de los síntomas físicos y/o psicológicos en pacientes con TFD.

El primer objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias en la comorbilidad psiquiátrica y los síntomas entre los pacientes con SII y DF y en comparación con los controles. El segundo objetivo fue explorar la relevancia de dos índices cognitivos, los dilemas implicativos y la discrepancia del “yo ideal”, para caracterizar la interpretación del yo y de los otros en los pacientes con TFD.

Método

Participantes

La muestra clínica consistió en 66 pacientes con TFD, 52 mujeres y 14 hombres con una edad media de 36.6 años (DT 11.7 - rango 18-72). Siguiendo los criterios del Roma II, 33 pacientes fueron diagnosticados con SII y 33 con DF. Los pacientes fueron reclutados en el Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos, *Centro Médico Teknon*, Barcelona. La entrevista clínica para trastornos mentales, siguiendo los criterios de diagnóstico del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2000) (4th TR ed., DSM-IV-TR) y la evaluación exhaustiva de TFD, siguiendo los criterios de diagnóstico del Roma II (Drossman et al., 1999a) fueron realizadas por un psicólogo (primer autor) y un digestólogo senior (tercer autor), respectivamente.

El grupo control estuvo formado por 66 (52 mujeres y 14 hombres) individuos sanos. Su edad promedio era de 35.6 años ($DT=$ 10.26; rango = 18-60) sin diferencias de edad significativas con respecto al grupo clínico ($F = 0.28$; $p = 0.59$). Estos individuos fueron seleccionados de bases de datos derivadas del Proyecto Multicéntrico Dilema (ver www.usal.es/tcp para más información) y emparejados por sexo y edad (lo más aproximado posible). Los criterios de exclusión fueron la presencia de algún trastorno psiquiátrico o presencia de TFD. La muestra sana fue evaluada por estudiantes de psicología formados por psicólogos expertos de la *Universitat de Barcelona* y la *Universidad de Salamanca*.

Instrumentos y medidas

Técnica de Rejilla (TR) (Feixas & Cornejo-Alvarez, 2002; Fransella et al., 2004): La administración de TR consta de tres etapas en el contexto de una entrevista estructurada. En primer lugar, se selecciona un conjunto de 10 a 20 elementos que representan a uno mismo y a otras personas importantes (generalmente madre, padre, hermanos, pareja, amigos). Además, se incluye una “persona non grata” (“alguien a quien conoces pero que no te agrada”) y el “yo ideal” (“cómo me gustaría ser”). Para la muestra clínica de este estudio, también incluimos el elemento “yo antes de los síntomas” para aprovechar supuestas alteraciones en la identidad después de desarrollar un TFD. En la segunda fase, se selecciona una diada de elementos (por ejemplo, padre y madre) y el individuo debe compararlos en términos de sus similitudes y diferencias. En la rejilla de Esther, por ejemplo, ambos padres fueron vistos como “buena persona” y, luego, se le pidió que proporcionara una etiqueta para lo opuesto (“mala persona”). Además, se exploraron una o más diferencias percibidas entre los dos elementos, de modo que el padre fue visto como “pasivo” mientras que la madre fue descrita como “activa”. Se anima a la persona a proporcionar más diferencias o similitudes, y luego se selecciona una nueva diada de elementos (por ejemplo, yo y hermano). Este proceso de selección de diadas de elementos y obtención de constructos se repite hasta que todos los elementos aparecen

al menos una vez en las comparaciones y el sujeto no aporta nuevos constructos. Estos constructos personales, que reflejan las opiniones subjetivas del entrevistado (en lugar de elementos previamente establecidos y estandarizados, como los de los cuestionarios) se muestran en las filas del formulario de cuadrícula (ver Figura 1) mientras que los elementos se representan en las columnas.

Figura 1
Técnica de Rejilla Completada por Una de las Participantes del Estudio

		Yo actual	Papá	Mamá	Hermano	Hermana	Amiga 1	Amiga 2	Amiga 3	Compañero 1	Compañero 2	Non grata	Yo antes de los síntomas	Yo ideal
1 - Dependiente	Independiente	2	4	2	5	4	7	7	4	4	4	7	2	5
2 - Activa	Pasiva	2	7	3	5	1	5	2	2	4	4	1	2	2
3 - Vive al día	Pesimista	3	5	3	3	2	3	2	5	4	4	2	3	2
4 - Alegre	No manifiesta alegría	3	5	2	4	2	3	5	3	4	4	2	2	2
5 - Tiene todo controlado	No controla	1	3	5	3	5	5	3	2	2	4	4	1	3
6 - Estresada	No estresada	2	3	5	1	3	2	4	4	4	4	4	3	4
7 - Afronta problemas	Temerosa	2	3	3	3	2	3	1	3	4	4	4	2	3
8 - Sabe dar prioridad	Sin prioridades	5	5	5	2	4	4	4	4	4	4	4	5	2
9 - Pausada	Energica	1	1	5	4	2	1	3	3	4	4	6	2	6
10 - Segura	Insegura	5	6	3	4	4	3	2	2	4	4	1	5	2
11 - Manipuladora	Sincera	7	5	6	6	4	4	4	4	4	4	1	7	5
12 - Mala	Buena	6	6	6	6	6	6	5	5	4	4	1	6	6

1 2 3 4 5 6 7
 Muy Bastante Un poco Punto Un poco Bastante Muy medio

Finalmente, la persona califica cada elemento en términos de todos los constructos obtenidos, empleando una escala tipo Likert de 7 puntos. Por ejemplo, se le da una puntuación de “7” al elemento “padre” para el constructo “activo vs. pasivo”, lo que significa que se le considera “muy pasivo”, y una puntuación de “3” a la madre (“un poco activa”), y así se crea una matriz de datos de cuadrícula. Analizamos esta matriz con el programa informático GRIDCOR 4.0 (Feixas & Cornejo-Alvarez, 2002) diseñado específicamente para el análisis de cuadrículas de repertorio.

Se identificaron dilemas implícitos cuando se encontró una correlación positiva (superior a 0.34) entre las puntuaciones dadas a un constructo discrepante (el “yo actual” y el “yo ideal” puntuados en polos opuestos del constructo, como “pausada vs. energética” en el ejemplo) y las dadas a un constructo congruente (“yo actual”

y “yo ideal” puntuados en el mismo polo del constructo, “buena persona” en el ejemplo). Esta correlación sugiere que el cambio deseado en el constructo discrepante implica un cambio no deseado en el constructo congruente (en el ejemplo, volverse “enérgico” implicaría dejar de ser una “buena persona”). Finalmente, la discrepancia en el ideal de uno mismo, una indicación de la autoestima, fue medida por la distancia euclidiana entre los elementos del “yo ideal” y el “yo ahora”, es decir, a más distancia, menos autoestima.

Symptom Check List-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1994; Gonzalez de Rivera et al., 1989): Este es un cuestionario autoadministrado compuesto por 90 ítems que evalúa el malestar psicológico en nueve dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoica y psicoticismo. Además, se puede calcular un Índice de Severidad Global (ISG).

Escala De Evaluación De La Actividad Global (EEAG): Esta escala presenta el juicio del profesional clínico sobre el nivel general de funcionamiento y las actividades diarias de un individuo. Es una escala de 100 puntos que mide el nivel general de funcionamiento psicológico, social y ocupacional de un paciente en un continuo hipotético, con calificaciones de 1 a 10, que indican un deterioro severo, y calificaciones de 90 a 100, que indican un funcionamiento superior.

Análisis estadístico

Se realizaron pruebas de chi-cuadrado para examinar las diferencias en las tasas de comorbilidad en los trastornos del Eje I entre pacientes con SII y DF y para examinar si la proporción de participantes que tenían dilemas implicativos era diferente entre las muestras. Se llevaron a cabo análisis de varianza (ANOVA) para explorar las diferencias entre los grupos de control y clínicos (SII y DF) con respecto a las escalas SCL-90-R y las variables de la TR. Se realizaron pruebas post hoc cuando se detectaron diferencias entre grupos clínicos.

Resultados

Diagnóstico clínico (DSM-IV-TR)

Se encontró que cincuenta y cinco (85%) pacientes con TFD tenían actualmente uno o más trastornos del Eje I del DSM-IV-TR. Se encontraron porcentajes similares entre pacientes con SII (90%) y pacientes con DF (79%). Los diagnósticos predominantes fueron trastornos de ansiedad (41%) y trastornos de somatización (34%). El trastorno de ansiedad generalizada fue el trastorno de ansiedad encontrado con más frecuencia, con 17 (26%) casos, seguido del trastorno de pánico con 8 (12%) (tomando en conjunto aquellos con y sin agorafobia). También se observaron con frecuencia trastornos del estado de ánimo. Específicamente, el trastorno distímico estuvo presente en 11 pacientes y la depresión mayor en 4 (ver Tabla 1).

Tabla 1
Tipo de diagnóstico (n = 66)

Eje 1 del diagnóstico DSM-IV-R	n ¹
Trastorno de ansiedad generalizada	17
Ataque de pánico sin agorafobia	2
Ataque de pánico con agorafobia	6
Fobia social	4
Trastorno de estrés postraumático	1
Trastornos de ansiedad en total	30
Trastorno de somatización	23
Hipocondría	2
Trastornos de somatización en total	25
Trastorno depresivo mayor	4
Trastorno distímico	11
Trastornos del estado de ánimo en total	15
Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido	4
Otros	4
Sin diagnóstico	10

Nota. ¹De los 56 pacientes que recibieron un diagnóstico, 16 recibieron más de uno. Los datos aquí reflejan el número de categorías de diagnóstico empleadas en la muestra en general (un total de 74).

La comorbilidad entre los trastornos del Eje I fue alta en estos pacientes con TFD, dieciséis pacientes (24%) presentaron más de un diagnóstico en el momento de la evaluación. No se encontraron diferencias entre los pacientes con SII y con DF en cuanto al número o tipo de diagnóstico en el Eje I ($\chi^2 = 1.95$, $p = 0.37$). Con respecto a los trastornos del Eje II (American Psychiatric Association, 2000), dieciséis pacientes (23%) presentaron al menos un trastorno de la personalidad. Los trastornos de personalidad por evitación y dependencia fueron los trastornos de personalidad más comunes.

En cuanto a los problemas psicosociales y ambientales en los pacientes con TFD, los resultados mostraron que estos pacientes (SII y DF) presentaban principalmente problemas con su grupo de apoyo primario (familia) y problemas laborales (ver Tabla 2). Por otro lado, la media de la EEAG para estos pacientes con TFD fue de 73.4 ($DT= 10.3$; mín.: 50 máx.: 90). Las calificaciones de la EEAG no difirieron mucho entre los pacientes con SII (media = 73.6; $DT = 12.2$) y DF (media = 73.6; $DT= 8.2$).

Tabla 2

Tipos de problemas psicosociales y ambientales (Eje IV, DSM-IV-TR)

Problemas psicosociales y ambientales*	SII	DF
Problemas relativos al grupo de apoyo primario	23	21
Problemas laborales	11	11
Problemas relativos al ambiente social	2	2
Problemas económicos	1	0
Sin problemas	3	5

Nota. * Varios pacientes tuvieron más de un problema.

Sintomatología psicopatológica (SCL-90-R)

Los pacientes con TFD y los controles difirieron significativamente en somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, escalas de síntomas de ansiedad e Índice de Severidad Global (ISG) (Tabla 3). La prueba post-hoc de Diferencia Mínima Significativa (LSD) mostró que los pacientes presentaban puntuaciones más altas en comparación con los controles, pero no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con SII y DF.

Tabla 3

Resultados del Análisis de la Varianza de las escalas SCL-90-R (Media \pm Desviación Típica) para SII (n = 33), DF (n = 33) y Grupos de Control (n = 66)

Escalas SCL-90-R	TFD		Control	F	p
	SII Media (DT)	DF Media (DT)	Media (DT)		
Somatización	1.20 (0.84)	1.12 (0.81)	0.76 (0.65)	4.94	0.009*
Obsesivo-compulsivo	0.95 (0.82)	1.02 (0.65)	0.82 (0.59)	1.02	0.365
Sensibilidad Interpersonal	0.99 (0.79)	1.14 (0.76)	0.74 (0.54)	4.34	0.015*
Depresión	1.25 (0.86)	1.29 (0.79)	0.92 (0.66)	3.66	0.028*
Ansiedad	1.09 (0.91)	0.99 (0.74)	0.65 (0.50)	5.67	0.004*
Hostilidad	0.73 (0.74)	0.65 (0.56)	0.67 (0.74)	0.12	0.890
Ansiedad Fóbica	0.39 (0.56)	0.46 (0.74)	0.25 (0.42)	1.92	0.151
Ideación Paranoide	0.82 (0.69)	0.88 (0.58)	0.66 (0.48)	1.99	0.141
Psicoticismo	0.56 (0.54)	0.54 (0.49)	0.35 (0.42)	2.85	0.062
Índice de Severidad Global	0.92 (0.62)	0.93 (0.55)	0.66 (0.43)	4.43	0.014*

Nota. * Las pruebas post-hoc de Diferencia Mínima Significativa revelaron que solo se encontraron diferencias entre los controles y los pacientes con TFD (no se encontraron diferencias significativas al comparar SII con DF).

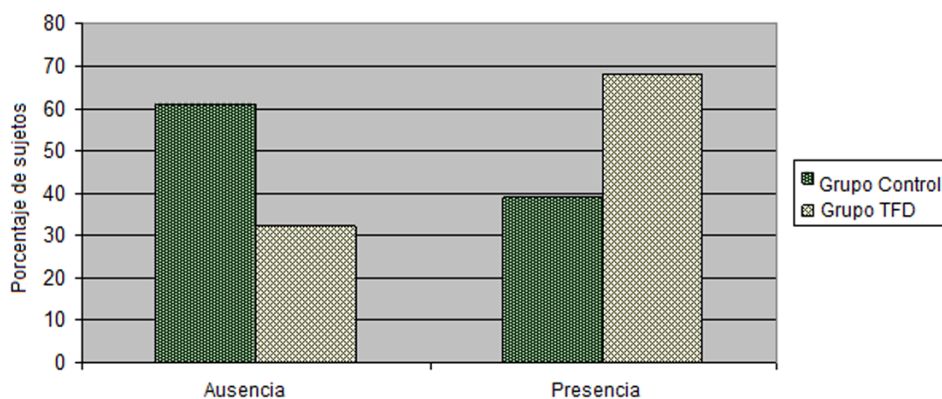
Índices cognitivos (TR)

La discrepancia del “yo ideal” fue significativamente mayor en la muestra clínica ($F = 10.20, p < 0.001$). Los análisis LSD post-hoc revelaron que el grupo de control tenía menor distancia (mayor autoestima) en comparación con los pacientes con SII o DF, y no se encontraron diferencias entre los pacientes con SII y DF (ver

Tabla 4). Con respecto a la presencia de dilemas implicativos (DI), encontramos que el 68% de los pacientes del grupo clínico tenían al menos un DI en sus rejillas, frente al 39% encontrado en el grupo control ($X^2 = 11.03$, $gl = 2$; $p = 0.001$) (ver Figura 2). Nuevamente, no se encontraron diferencias entre los pacientes con SII y DF ($X^2 = 0.63$, $gl = 1$; $p = 0.428$).

Figura 2

Distribución Porcentual de Presencia/Ausencia de Dilemas Implícitos entre TFD ($n = 66$) y Grupo Control ($n = 66$)



Nota. $x^2 = 11.03$, $p = 0.001$

Para investigar más a fondo la relevancia del número de dilemas implicativos entre los pacientes con TFD, se realizó un análisis adicional considerando solo aquellos pacientes y controles que tenían al menos un DI, por lo que los participantes sin DI fueron excluidos de este análisis. El porcentaje de DI (que tiene en cuenta el número de constructos en cada cuadrícula) reveló diferencias significativas entre el grupo control y los pacientes con TFD ($F = 5.85$, $p = 0.005$). No se encontraron diferencias entre los pacientes con SII y con DF (tabla 4).

Tabla 4

Análisis de Varianza para medidas de Técnica de Tejilla (TR) entre SII ($n = 33$), DF ($n = 33$) y Grupo de Control ($n = 66$)

Variables TR	TFD		Control	F	p
	SII Media (DT)	DF Media (DT)	Media (DT)		
Discrepancia Yo-ideal	0.48 (0.34) (n =33)	0.36 (0.22) (n =33)	0.24 (0.22) (n =66)	10.20	0.000*
Porcentaje dilema implicativo**	4.29 (3.43) (n =24)	3.59 (3.09) (n =21)	1.69 (1.35) (n =25)	5.85	0.005*

Nota. * Los análisis LSD post-hoc revelaron que solo se encontraron diferencias entre los controles y los pacientes con TFD (no se encontraron diferencias significativas al comparar SII con DF).

** Sólo los pacientes con al menos un dilema implicativo se tuvieron en cuenta para este análisis.

Discusión

Nuestros resultados mostraron una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con TFD (85%, con porcentajes similares para pacientes con SII y DF) que es consistente con el rango de prevalencia del 42% al 90% reportado en estudios previos (Benasayag et al., 2004; Drossman et al., 1999b; North et al., 2007; Vandvik et al., 2004; Whitehead et al., 2002). Como se presentó anteriormente en la literatura (Jones et al., 2007; Whitehead et al., 2002), los diagnósticos concurrentes predominantes fueron ansiedad, somatización y trastornos afectivos. Con respecto a los trastornos de ansiedad, la misma prevalencia de TFD concurrente y trastorno de ansiedad generalizada se encuentra en nuestro estudio y en Lydiard et al. (26%), aunque encontramos una menor prevalencia de trastornos de pánico (12%) que ellos (26%). Sin embargo, nuestras tasas de prevalencia son más altas que las de Walker et al. (7%) (Lydiard et al., 1993; Walker et al., 1990). Con respecto a los trastornos específicos de somatización, encontramos una mayor prevalencia concurrente del trastorno de somatización (35%) en comparación con Lydiard et al. (17%). Finalmente, encontramos una menor prevalencia de depresión mayor actual (6%) en comparación con estudios previos que indicaban un rango del 23% al 21% (Lydiard et al. y Walker et al., respectivamente), pero una mayor prevalencia de trastorno distímico (17%). Una posible explicación de esta diferencia podría estar relacionada con los criterios diagnósticos de trastornos afectivos que podrían aplicarse en nuestro estudio favoreciendo la prevalencia de trastornos distímicos o en los otros estudios favoreciendo la prevalencia de depresión mayor. Además, al comparar con la muestra no clínica, los pacientes con TFD presentaron puntuaciones más altas en las escalas de somatización, sensibilidad interpersonal, depresión y síntomas de ansiedad. Por lo tanto, el alto grado de superposición entre los trastornos funcionales-gastrointestinales y psicológicos encontrado en la literatura también se confirmó en nuestro estudio. Esto puede señalar el papel clave putativo de los

factores psicológicos involucrados en la etiopatología y/o el mantenimiento de la disfunción intestinal funcional.

Curiosamente, nuestros resultados mostraron que los pacientes con SII y DF presentaban un perfil de síntomas psicopatológicos similar con niveles de gravedad relativamente altos, prudentemente más altos que los de la muestra de control. En este sentido, un enfoque categórico señaló que no existen diferencias entre los pacientes con SII y con DF en cuanto al número o tipo de diagnósticos dentro de los trastornos del Eje I. Por tanto, ambos tipos de pacientes parecían presentar un malestar psicológico similar a pesar de las diferencias relacionadas con la sintomatología física.

La comorbilidad con los trastornos del Eje II fue menor (23%) en comparación con el Eje I (85%). Los trastornos de personalidad más frecuentes fueron el evitativo y el dependiente, ambos incluidos en el Cluster C. El bajo número de casos impidió un análisis detallado del papel de estos trastornos. Aunque las características de la personalidad parecen no estar directamente asociadas con la generación de síntomas en los TFD, parecen influir en la búsqueda de atención médica y los niveles de angustia (Jones et al., 2007). Se necesita más investigación para dilucidar la relación tan compleja entre las características de la personalidad y el desarrollo de TFD.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial de los TFD, nuestros resultados mostraron que los factores estresantes psicosociales como problemas con el grupo de apoyo primario y problemas ocupacionales son los más frecuentemente reportados tanto en pacientes con SII como con DF antes del inicio del trastorno. Nuestra muestra clínica presentó un funcionamiento global razonablemente bueno evaluado con la EEAG, este resultado no es consistente con otros estudios centrados en la calidad de vida de estos pacientes en los que los TFD se asociaron con una disminución significativa de la calidad de vida (Mearin et al., 2001). Esta inconsistencia podría atribuirse al uso de instrumentos de autoinforme sobre la calidad de vida que podrían contener información más detallada sobre las limitaciones ambientales y psíquicas de la vida diaria.

En cuanto a las medidas cognitivas derivadas de la TR, nuestros resultados mostraron una mayor discrepancia en el yo ideal de la muestra clínica que en el del grupo control. Dado que no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con SII y DF, podemos considerar esta discrepancia como un aspecto común de los TFD. Estos resultados son consistentes con un estudio previo en un grupo de pacientes con SII (Benasayag et al., 2004). En esta línea, otro estudio con pacientes con dolor crónico reveló que aquellos con altas discrepancias en sí mismos mostraban más niveles de dolor y mayores niveles de angustia psicológica (Waters et al., 2004). La alta discrepancia entre el yo actual y el yo ideal se ha asociado con la autoestima (Dada, 2008), otros estudios también han señalado la autoestima como una variable putativa en los efectos mediadores entre el impacto del dolor crónico y el bienestar psicológico (Nagyova et al., 2005).

Además de medir la discrepancia en el yo ideal, la TR permite la identificación de conflictos cognitivos en la interpretación que hace uno de sí mismo y de los demás. Nuestros resultados mostraron un mayor número de participantes con dilemas implicativos en la muestra clínica que en el grupo control, no se encontraron diferencias entre los pacientes con SII y DF. Curiosamente, el 68% de los pacientes presentó al menos un dilema implicativo en comparación con el 39% del grupo de control. Estos resultados replican nuestro estudio anterior (Benasayag et al., 2004) con pacientes con SII que también presentaban más dilemas implicativos que los controles. Este mayor número de dilemas implicativos también se ha reportado en fibromialgia (Compañ et al., 2011), depresión (Feixas et al., 2014) y otros trastornos (Montesano et al., 2015). Por tanto, los estudios futuros deberían centrarse en comprender los mecanismos cognitivos implicados en la gravedad y/o el mantenimiento de los síntomas en los pacientes con TFD y su implicación para el tratamiento psicológico. Además, debería ser interesante aclarar si este tipo de conflictos cognitivos es transdiagnóstico o un mecanismo común en los trastornos funcionales de diferentes tipos (por ejemplo, TFD, fibromialgia y otros síndromes médicamente inexplicables) o si existen patrones que son específicos de los TFD. Por ejemplo, un mayor análisis del contenido de los conflictos encontrados podría revelar qué aspectos son dilemáticos en el sistema cognitivo de los pacientes con TFD y si estos problemas son comunes en su contenido con respecto a los de otros trastornos.

Ciertamente, el papel de los conflictos internos en la angustia psicológica ha sido tema de interés en una variedad de teorías (por ejemplo, el psicoanálisis), pero los métodos de evaluación para identificar estos conflictos son escasos y, por lo tanto, hay poca evidencia sobre su papel en el bienestar mental, e incluso menos en los TFD. El método empleado en este estudio, basado en la TR, puede considerarse una opción plausible para medir tanto los conflictos cognitivos como la discrepancia del yo ideal. Nuestros resultados sugieren que ambos factores cognitivos prevalecen en los pacientes con TFD y podrían promover más investigaciones sobre su papel específico en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. Pero un mérito adicional del estudio de los dilemas implicativos es que existen intervenciones psicoterapéuticas diseñadas para resolver esos dilemas en otros trastornos, como la depresión (Feixas & Compañ, 2015, 2016), que demostraron ser efectivas (Feixas et al., 2018) y podría adaptarse para pacientes con TFD y esto podría ayudar a aumentar la eficacia de su tratamiento psicológico actual.

Finalmente, existen algunas limitaciones en este estudio. Para el diagnóstico de TFD no fue posible la inclusión de pruebas diagnósticas biológicas como son la proctosigmoidoscopia, el hemograma completo y la velocidad de sedimentación globular, aunque un digestólogo senior se encargó de realizar el diagnóstico de TFD siguiendo los criterios de Roma II. En cuanto al diagnóstico clínico psicológico, no se utilizó una entrevista psiquiátrica estructurada, aunque en el diagnóstico participó un psicólogo clínico senior (segundo autor) junto con el psicólogo (primer autor)

que realizó las entrevistas clínicas.

En resumen, los pacientes con TFD presentaron altos niveles de psicopatología considerando tanto el diagnóstico categórico como los síntomas dimensionales, y este patrón psicopatológico fue similar en los subgrupos de pacientes con SII y con DF. Además, índices cognitivos como la discrepancia en el yo ideal (que indica una baja autoestima) y la alta presencia y número de dilemas implicativos, demostraron estar involucrados en los procesos psicológicos de los pacientes con TFD.

Referencias

- Aguilera, M., Paz, C., Compañ, V., Medina, J. C., & Feixas, G. (2019). Cognitive rigidity in patients with depression and fibromyalgia. *International journal of clinical and health psychology*, 19(2), 160–164. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.002>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text rev.).
- Benasayag, R., Feixas, G., & Mearin, F. (2002). Aspectos psicológicos en el Síndrome del Intestino Irritable. *Gastroenterología Práctica*, 11, 14–17.
- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L., & Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 105–119.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Attributional style and self-esteem as predictors of psychological well being. *Counselling Psychology Quarterly*, 16(2), 121–130. <https://doi.org/10.1080/0951507031000151516>
- Chey, W. D., Kurlander, J., & Eswaran, S. (2015). Irritable bowel syndrome: a clinical review: A clinical review. *The Journal of the American Medical Association*, 313(9), 949–958.
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta-Domínguez, N., Torres-Viñals, M., Aguilar-Alonso, A., Dada, G., & Saúl, L. A. (2011). Cognitive Factors in Fibromyalgia: The Role of Self-Concept and Identity Related Conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24(1), 56–77. <https://doi.org/10.1080/10720537.2011.530492>
- Dada, G. (2008). *Autovaloración, factores cognitivos y de personalidad en la predicción de sintomatología alimentaria en mujeres universitarias*. University of Barcelona.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (3rd ed.). National Computer System.
- Drossman D. A. (1999). The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*, 45 Suppl 2(Suppl 2), II1–II5. <https://doi.org/10.1136/gut.45.2008.ii1>
- Drossman, D. A., Corazziari, E., Talley, N. J., Thompson, W. G., & Whitehead, W. E. (1999a). Rome II: Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. *Gut*, 45(Suppl 2), III–II81.
- Drossman, D. A., Creed, F. H., Olden, K. W., Svedlund, J., Toner, B. B., & Whitehead, W. E. (1999b). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45 (Suppl 2), II25–II30. <https://doi.org/10.1136/gut.45.2008.ii25>
- Feixas, G. (2003). Subjective methods. In R. Fernandez-Ballesteros (ed.), *The Encyclopedia of Psychological Assessment* (pp. 937–943). Sage.
- Feixas, G., & Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., & Compañ, V. (2016). Dilemma-focused intervention for unipolar depression: a treatment manual. *BMC psychiatry*, 16, 235. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0947-x>
- Feixas, G., & Cornejo-Alvarez, J. M. (2002). *A manual for the repertory grid: Using the GRIDCOR programme* (version 4.0). <http://www.terapiacognitiva.net/record>
- Feixas, G., Montesano, A., Compañ, V., Salla, M., Dada, G., Pucurull, O., Trujillo, A., Paz, C., Muñoz, D., Gasol, M., Saúl, L. Á., Lana, F., Bros, I., Ribeiro, E., Winter, D., Carrera-Fernández, M. J. & Guardia, J. (2014). Cognitive conflicts in major depression: Between desired change and personal coherence. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 369–385. <https://doi.org/10.1111/bjc.12050>

- Feixas, G., Paz, C., García-Grau, E., Montesano, A., Medina, J. C., Bados, A., Trujillo, A., Ortíz, E., Compañ, V., Salla, M., Aguilera, M., Guasch, V., Codina, J., & Winter, D. A. (2018). One-year follow-up of a randomized trial with a dilemma-focused intervention for depression: Exploring an alternative to problem-oriented strategies. *PLoS One*, *13*(12), e0208245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208245>
- Feixas, G., Saúl, L. A., & Sanchez, V. (2000). Detection and analysis of implicative dilemmas: Implications for the therapeutic process. In J. W. Scheer (Ed.), *The person in society: Challenges to a constructivist theory*. Psychosozial-Verlag.
- Fransella, F., Bell, F., & Bannister, D. (2004). *A Manual for Repertory Grid Technique* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Furnham, A., & Cheng, H. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(10), 463–470. <https://doi.org/10.1007/s001270050265>
- Gonzalez de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido F., Henry-Benítez M., & Monterrey, A. L. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Clinical Psychometric Research.
- Hungin, A. P. S., Whorwell, P. J., Tack, J., & Mearin, F. (2003). The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *17*(5), 643–650. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2003.01456.x>
- Johansson, P. A., Farup, P. G., Bracco, A., & Vandvik, P. O. (2010). How does comorbidity affect cost of health care in patients with irritable bowel syndrome? A cohort study in general practice. *BMC Gastroenterology*, *10*, 31. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-10-31>
- Jones, M. P., Crowell, M. D., Olden, K. W., & Creed, F. (2007). Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychosomatics*, *48*(2), 93–102. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.2.93>
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Norton. (Trabajo original publicado en 1955).
- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). *Bowel disorders*. *Gastroenterology*, *150*, 1393–407.
- Lydiard, R. B., Fossey, M. D., Marsh, W., & Ballenger, J. C. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*, *34*(3), 229–234. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(93\)71884-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(93)71884-8)
- Maxion-Bergemann, S., Thielecke, F., Abel, F., & Bergemann, R. (2006). Costs of irritable bowel syndrome in the UK and US. *PharmacoEconomics*, *24*(1), 21–37. <https://doi.org/10.2165/00019053-200624010-00002>
- Mearin, F., Badía, X., Balboa, A., Baró, E., Caldwell, E., Cucala, M., Diaz-Rubio, M., Fueyo, A., Ponce, J., Roset, M., & Talley, N. J. (2001). Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *36*(11), 1155–1161. <https://doi.org/10.1080/00365520152584770>
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. A. y Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: A meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 2997–3006. <https://doi.org/10.2147/NDT.S91861>
- Nagyova, I., Stewart, R. E., Macejova, Z., van Dijk, J. P., & van den Heuvel, W. J. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*, *58*(1), 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.pcc.2004.06.011>
- North, C. S., Hong, B. A., & Alpers, D. H. (2007). Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World Journal of Gastroenterology*, *13*(14), 2020–2027. <https://doi.org/10.3748/wjg.v13.i14.2020>
- Robson, P. J. (1988). Self-esteem--a psychiatric view. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *153*, 6–15. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.1.6>
- Sandler, R. S. (1990). Epidemiology of irritable bowel syndrome in the United States. *Gastroenterology*, *99*(2), 409–415. [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(90\)91023-Y](https://doi.org/10.1016/0016-5085(90)91023-Y)
- Sandler, R. S., Everhart, J. E., Donowitz, M., Adams, E., Cronin, K., Goodman, C., Gemmen, E., Shah, S., Avdic, A., & Rubin, R. (2002). The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology*, *122*(5), 1500–1511. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.32978>
- Vandvik, P. O., Wilhelmsen, I., Ihlebaek, C., & Farup, P. G. (2004). Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: a striking feature with clinical implications. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *20*(10), 1195–1203. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2004.02250.x>
- Walker, E. A., Roy-Byrne, P. P., & Katon, W. J. (1990). Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, *147*(5), 565–572. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.5.565>
- Walker, B. M., & Winter, D. A. (2007). The elaboration of personal construct psychology. *Annual Review of Psychology*, *58*, 453–477. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085535>

- Waters, S. J., Keefe, F. J., & Strauman, T. J. (2004). Self-discrepancy in chronic low back pain: relation to pain, depression, and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.07.001>
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*, 122(4), 1140–1156. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.32392>