

Desarrollo de un instrumento de medida de severidad sintomática del síndrome del intestino irritable

P. Fernández-Marín

Grupo Luria

pilarfm@correo.cop.es

A. Montes Marín

Universidad Autónoma de Madrid

J.A. Collado Vega

Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

El Síndrome del Intestino Irritable (SII), constituye un trastorno motor del intestino que cursa preferentemente con dolor abdominal y/o alteraciones en el ritmo intestinal, sin lesiones anatómicas, ni causas metabólicas o infecciosas que la justifiquen. Su incidencia entre la población general es alta y su tratamiento difícil y costoso. Desde la Psicología de la Salud se pretende un abordaje integral del síndrome con vocación interdisciplinar, donde interactúen profesionales médicos y psicólogos, y se reclama una aproximación conductual con base en el análisis funcional como medio para realizar una correcta evaluación, para lo cual los autores han diseñado un cuestionario específico de medida de severidad sintomática del SII, validado con población española.

PALABRAS CLAVE

Síndrome del intestino irritable.
Colon irritable.
Diarea funcional.

1. INTRODUCCIÓN

Entre la variedad de alteraciones gastrointestinales funcionales encontramos una que por su intrincada naturaleza, fracaso terapéutico convencional y su alta incidencia entre la población, nos pareció especialmente atractiva para investigar, se trata del Síndrome del Intestino Irritable (SII), una auténtica pesadilla para los especialistas en Medicina de Familia y Digestiva, y un verdadero reto para los profesionales de la Psicología de la Salud. Y es que el SII es una enfermedad funcional de características singulares, un terreno de nadie donde podemos observar una íntima relación entre los diferentes niveles de respuesta humana - cognitivo, fisiológico y motor- (Dalton y Drossman, 1998).

Nosotros, decididos defensores del abordaje integral del ser humano, pensamos que si de verdad queríamos aportar algo nuevo en la evaluación y tratamiento de esta "escurridiza" patología deberíamos comenzar por crear instrumentos específicos que pudieran orientar decididamente el análisis funcional de este cuadro clínico. La escasez de los mismos nos sorprendió habida cuenta de la literatura científica existente sobre el tema - sobre todo desde el campo de la Medicina-. A excepción del cuestionario de Latimer (1983) (Digestive Symptom Inventory, apéndice A), no encontramos ningún otro con el suficiente rigor científico, por lo que nos decidimos a diseñar nuestro propio instrumento de severidad sintomática validado con población española.

Nuestro trabajo no es más que una modesta aproximación a un síndrome de difícil abordaje y resultados inciertos, cuya última finalidad es la de abrir campo para posteriores investigaciones.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

"El SII puede considerarse un trastorno funcional digestivo y clínicamente consiste en una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos recurrentes que aparecen sin causas estructurales, metabólicas o infecciosas identificables" (Benages, Moreno-Osset, Mínguez, Mora, Peña, 1995). Por tanto se trata de una patología funcional caracterizada por la alternancia del ritmo intestinal y/o la presencia de dolor abdominal.

Tanto la sintomatología específica como el curso de la enfermedad es altamente variable, dependen de las características psicofisiológicas de cada paciente.

Algunos refieren gran severidad sintomática que incluso les va a impedir realizar una actividad laboral normalizada, mientras que otros reducen sus quejas a algún episodio aislado. Lo más frecuente es que la enfermedad sea crónica y recidivante, caracterizada como ya hemos apuntado por dolor abdominal y alternancia en el ritmo intestinal, pudiendo presentar períodos de intensa diarrea seguidos de un estreñimiento pertinaz. Posiblemente con prevalencia de uno de los dos síntomas. Estos cambios

en el hábito intestinal suelen ser bastante específicos de cada paciente, siguiendo un patrón constante en cada uno de los casos, e incluso períodos de completa remisión de los síntomas (Murney y Winship, 1982; Schuster, 1989).

Junto a este cortejo de trastornos encontramos que suelen darse también otro tipo de molestias como son: saciedad temprana, mal aliento, mal sabor de boca, sensación de plenitud postprandial, pirosis, vómitos, eructos, disfagia, regurgitación de etiología desconocida... (Bixquert, Gilabert y Rodrigo, 1989; Richter, 1991).

Estos síntomas de carácter indefinido, claramente compatibles con otras enfermedades, son los que llevan al especialista en Medicina Digestiva al diagnóstico por exclusión de enfermedad orgánica.

Es frecuente que a la ya larga lista de trastornos gastrointestinales que tiene que soportar el paciente afectado por el SII, tengamos que añadir también otro tipo de síntomas de naturaleza no digestiva: cefaleas, astenia, mialgias, insomnio, micción frecuente, mareos, fatiga, tenesmo vesical y rectal, y dispareunia (Drossman, Sandler, MacKee y Lovitz, 1982; Schuster, 1989).

Los citados síntomas extradigestivos sin ser definitorios de la patología que nos ocupa sí son frecuentes, y vienen a agravar más el cuadro clínico del SII, el cual sin revestir gravedad en sí mismo puede llevar al paciente a sentir una incapacidad que de no ser abordada correctamente de forma integral por un equipo interdisciplinar -médico y psicólogo-, puede ir deteriorando la calidad de vida de la persona que la padece.

Como podemos ver el paciente con SII es susceptible de sentirse indefenso ante una disfunción que por sí misma el médico especialista no es capaz de tratar eficazmente, pues se trata de una entidad patológica de curso heterogéneo, naturaleza multicausal y multicomponente en la cual cobran una importancia decisiva los factores psicológicos (Fernández Rodríguez, 1993). Por tanto para la caracterización clínica del SII según Pérez Álvarez (1990), es importante conocer las pautas comportamentales del paciente: ingesta de fármacos, hábitos higiénico-dietéticos, referencias verbales de

su sintomatología y cambios disruptivos en su vida cotidiana.

Cuanta mayor presión psicológica soporta el paciente, mayor afectación padece, cayendo irremisiblemente en la circularidad del problema. Sabemos que los factores psicológicos pueden exacerbar los síntomas tanto digestivos como extradigestivos (Bockus, Bank y Wilkinson, 1928; Mckee y Lovitz, 1982; White y Jones, 1940; Dalton y Drossman, 1998), y que estos mismos síntomas fisiológicos van a agravar los posibles trastornos emocionales e incluso son susceptibles de precipitar cuadros de ansiedad.

ETIOLOGIA

Aunque no se conoce ningún mecanismo fisiopatológico que justifique totalmente el SII, se ha demostrado que los pacientes afectados por este síndrome presentan cambios en el patrón fisiológico de la actividad del colon distal. Por lo que manifiestan una motilidad incrementada y unas contracciones anormales como respuesta a estímulos tanto emocionales como fisiológicos. En pacientes con diarrea, la actividad contráctil física del colon sigmoide está disminuida y en pacientes con estreñimiento está aumentada (Chaudhary y Truelove, 1962; Deller y Wangell, 1965).

Además de la "motilidad paradójica" se ha encontrado cierta hiperalgesia colónica, desproporcionada con la motilidad medida. Por lo que la hipótesis de interocepción anormal, sugeriría que los pacientes afectados por este síndrome presentarían una percepción visceral aumentada, la cual generaría una hipersensibilidad intestinal mayor que el resto de la población sana. Por lo que al disminuir el umbral doloroso de la persona afectada ésta podría padecer un mayor número de episodios dolorosos.

En cuanto a la incidencia de los factores psicosociales, muchos son los autores que han demostrado una correlación clara entre los trastornos emocionales, estrés y mantenimiento y exacerbación de los síntomas (Corney y Stanton, 1990; Fowlie, S., Eastwood, M.A. y Ford, M.J. 1992; Moreno-Romo, Botella y Bixquert, 1996).

Se postula que una disregulación a

nivel del locus coeruleus, que parece ser el lugar donde se interrelacionan los impulsos aferentes y eferentes digestivos, podría ser la explicación a la respuesta anormal ante los estímulos fisiológicos que podría dar lugar a la aparición de los síntomas y alteraciones psicológicas (Benages et al., 1995).

EPIDEMIOLOGÍA

Se calcula que entre un 10 y un 20% de la población general padece los síntomas del SII (Fernández Rodríguez, 1993; Dalton y Drossman, 1998; Drossman, 1989; Linares, 1986; Pérez Álvarez, 1990; Switz, 1976).

Según Dalton y Drossman (1998) en las sociedades occidentales el SII es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, éstas o son menos reservadas que los varones a la hora de comunicar sus alteraciones intestinales o bien son más susceptibles de padecer trastornos digestivos, o quizá habría que pensar en ambas hipótesis simultáneamente (Drossman, 1989).

Con respecto a la incidencia del síndrome en la población con relación a la edad parece que al aumentar ésta la frecuencia sintomática del SII disminuye. Con el tiempo hasta un 30% de los pacientes afectados por esta patología llegan a ser asintomáticos (Talley, 1996). A pesar de todas las investigaciones existentes parece ser que todavía no se conoce la justificación científica de esta mejoría a causa de la edad.

2 MÉTODO. ELABORACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE SII

2.1. Razones para la elaboración de un cuestionario sobre SII

Los síntomas del SII son numerosos y los criterios diagnósticos utilizados por los médicos (Manning, Thompson, Heaton y Morais (1978) y Drossman, Thompson y Talley 1990) intentan delimitar los síntomas de forma eficaz para poder emitir un diagnóstico concluyente. Pero a nosotros en tanto que psicólogos estas tablas nos resultan escasas

a la hora de realizar un adecuado análisis funcional. Por ello decidimos elaborar un instrumento nuevo más adecuado a las necesidades marcadas por la terapia de conducta. Para ello decidimos graduar la severidad de los síntomas contemplados en estas tablas diagnósticas, y añadir además algunos ítems negativos de control que correlacionaran altamente con enfermedad orgánica.

1. El cuestionario (ver anexo) está diseñado por profesionales con vocación multidisciplinar, que pretenden ubicar el mismo en el ámbito de la clínica terapéutica, es decir, su aplicabilidad se circunscribirá a la consulta del terapeuta. Sin la intención de crear un instrumento de medida único para el diagnóstico gastroenterológico, dentro del campo de la investigación médica.

2. Su utilidad queda reducida al control sintomático por el terapeuta de los pacientes afectados por el SII.

3. Si asumimos (como es nuestro caso), que todo terapeuta de conducta que se precie, deberá realizar rigurosos análisis funcionales, el cuestionario puede ser útil para ayudar a establecer relaciones funcionales entre antecedentes (por lo general emocionales) y consecuentes, en el caso que nos ocupa físicos. Para ello el cuestionario se debería presentar atendiendo a unos criterios de temporalidad fijados por el terapeuta y a la sintomatología presentada por el paciente y recogida en los registros diarios.

4. Partiendo del principio del abordaje interdisciplinar, dentro del marco de la moderna Medicina Conductual, el cuestionario puede resultar útil para que el terapeuta mantenga informado al gastroenterólogo sobre el estado del paciente, con un mayor grado de fiabilidad.

5. Otra razón de peso que nos ha llevado a la elaboración del cuestionario ha sido la necesidad real existente, debido a la escasez actual de trabajos de este tipo, sobre todo en castellano y validados para la población española.

2.2. Proceso de construcción del cuestionario

Para la construcción del cuestionario se ha utilizado una escala tipo Likert; la

elaboración se ha llevado a cabo en distintas fases, que pasaremos a describir sucintamente a continuación.

2.2.1. Preparación de los ítems

Para la confección de los distintos ítems del cuestionario atendimos a los ya citados criterios para el diagnóstico del SII de Manning, Heaton y Morris (1978) y de Drossman et al. (1990), ambos trabajos presentan esquemas muy similares (ver tablas 1 y 2. Nosotros decidimos trabajar con los criterios de Drossman et al. por ser más modernos. Nuestra primera intención, fue intentar graduarlos para obtener una medida de la severidad sintomática.

CRITERIOS DE MANNING et al. (1979) PARA EL DIAGNÓSTICO DEL S.I.I.

- Mejoría del dolor con la defecación
- Aumento de la frecuencia defecatoria al inicio del dolor
- Disminución de la consistencia de las heces al inicio del dolor
- Distensión abdominal (subjativa/objetiva)
- Moco en heces
- Sensación de evacuación incompleta

Tabla 1: Criterios de Manning et al. (1979) para el diagnóstico del S.I.I.

2.2.2. Administración de ítems a una muestra de sujetos

El siguiente paso fue someter los ítems elaborados a una muestra heterogénea (42 sujetos con y sin SII) suficientemente representativa de los sujetos cuyos síntomas digestivos deseábamos medir.

Se presentaron los ítems en un cuestionario de modo que para cada uno de ellos se hallaba adscrita una categorización de respuesta con cuatro alternativas graduadas

en intensidad.

2.2.3. Asignación de los puntuaciones a los ítems

En esta fase, hubo que ponderar las distintas alternativas de respuesta a los ítems, asignando unas puntuaciones a las distintas gradaciones de respuesta. Adscribimos puntuaciones continuas que desde 1 hasta 4 cubría todas las categorías, excepto en los ítems "23" y "24" que a la respuesta "variable" la valoramos con dos puntos. Pusimos especial énfasis en que la asignación de las puntuaciones a las distintas categorías mantuviera coherencia interna con respecto al síndrome estudiado.

CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNOSTICO DEL S.I.I. (Drossman et al., 1990).

1. Dolor abdominal /malestar Cede con defecación o asociado con cambio en frecuencia o consistencia de las heces
2. Tres o más de los siguientes patrones defecatorios:
 - Alteración de la frecuencia defecatoria
 - Alteración en la consistencia de las heces
 - Alteración en la emisión de las heces (esfuerzo, urgencia, sensación de evacuación incompleta)
 - Emisión de moco
 - Distensión abdominal

Tabla 2: Criterios de Roma para el diagnóstico del S.I.I. (Drossman et al., 1990).

2.2.4. Asignación de las puntuaciones a los sujetos

Una vez sometida la escala inicial a la muestra de sujetos, se estimó su puntuación en la misma. La puntuación total de un individuo en la escala es la suma de sus puntuaciones a cada ítem. La asunción de la que se parte es que aquellos sujetos que presentan una patología severa tendrán que tener puntuaciones más altas, por el contrario aquellos que apenas estén afectados

o no lo estén en absoluto, presentarán puntuaciones más bajas.

2.2.5. Análisis y selección de los ítems

Una vez establecidas las puntuaciones totales de la muestra de sujetos, procedimos a establecer un análisis de las respuestas para determinar qué ítems discriminaban mejor y poder seleccionarlos para la escala definitiva.

En un primer momento, se procedió a una ordenación de los sujetos de forma que aquel con mayor puntuación ocupara la primera posición hasta llegar al que presentaba una puntuación más baja.

En segundo lugar, una vez que hubimos ordenado a los sujetos, utilizamos para efectuar el análisis sólo el 25% de los individuos con puntuación más baja y el 25% de más alta puntuación, renunciando al tratamiento del 50% de los sujetos que ocupaban las posiciones intermedias.

Con los sujetos de los cuartiles superior e inferior confeccionamos una tabla donde aparecían sus puntuaciones totales y las puntuaciones de cada ítem.

Para seleccionar los ítems aplicamos un control objetivo que, según Likert, ha de revelar:

- 1) Si los valores numéricos están adecuadamente asignados.
- 2) Si los enunciados o ítems son discriminantes.

Para la selección de los ítems utilizamos el TEST DE LA MEDIANA:

En primer término se constató, el valor de la mediana de cada ítem para los grupos alto y bajo en forma combinada. Con ello,

elaboramos una tabla de contingencia 2 x 2 para cada ítem (**ver tabla 3**) a la que luego aplicamos los tests de significación adecuados.

Mediante la aplicación de pruebas estadísticas seleccionamos aquellos ítems que presentaban diferencias significativas, rechazando aquellos otros que eran indiferenciadores, en este trabajo se utilizó, la prueba CHI - CUADRADO

3.RESULTADOS:

Tras el pertinente análisis estadístico llegamos a las siguientes conclusiones:

Todos los ítems presentados (a excepción de los ítems control) discriminaban entre sujetos afectos y sanos de forma estadísticamente significativa. ($p < 0.05$)

El cuestionario definitivo consta de 30 preguntas, 24 de ellas tipo escala de Likert de elección forzosa. Los otros cinco ítems tienen las siguientes características:

Los ítems "8", "15" y "20": son preguntas de doble elección, formuladas con la intención de descartar patologías orgánicas.

El ítem número "9", tiene la misma finalidad que los tres anteriores, pero en este caso se trata de una pregunta abierta para concretar la edad del paciente. Esta variable es importante porque sabemos que una edad de comienzo tardía nos obligaría a plantearnos seriamente la hipótesis de etiología orgánica.

El ítem numérico "30", es una pregunta abierta muy útil para rastrear otro tipo de síntomas que puedan tener o no relación con el SII, pero que en cualquier caso nos va a permitir obtener una información muy valiosa de cara a la evaluación y tratamiento del síndrome.

CONTINGENCIAS		GRUPO ALTO	GRUPO BAJO
PUNTUACIONES POR DEBAJO DE LA MEDIANA	A	B	
PUNTUACIONES POR ENCIMA DE LA MEDIANA	C	D	

Tabla 3:
Tabla de contingencias

Este ítem nos permite rastrear el alcance objetivo y hasta subjetivo del SII, con la idea de recibir una mayor información y así poder realizar un análisis funcional más adecuado del problema, y por tanto una intervención más eficaz. Todo ello sin perder de vista nuestro segundo objetivo que consiste en buscar puntos en común entre los sujetos para poder realizar agrupaciones. Fuimos capaces de discriminar claramente cinco grupos diferenciales:

- 1) Sujetos neuróticos que al parecer tienden a la hipocondriasis, con un alto grado de introspección y muy preocupados por su salud: refieren una salud precaria, con diferentes manifestaciones sintomáticas. Pueden padecer o no un SII.
- 2) Sujetos afectos de SII, ansiosos y/o deprimidos y muy preocupados por su trastorno: presentan una dilatada historia de síntomas relacionados con el SII.
- 3) Sujetos afectos de SII, emocionales y estresados, poco preocupados por su salud a pesar de sus padecimientos: relación precisa de síntomas reales.
- 4) Sujetos no afectos de SII, emocionalmente inestables: gran enumeración de patologías poco o nada relacionadas con el SII.
- 5) Sujetos sanos: dejan la pregunta número 30 en blanco, aunque pueden referir algún síntoma físico concreto.

De entre las 24 preguntas escala tipo Likert, encontramos algunos ítems de control, con el mismo objetivo explicitado anteriormente, descartar patología orgánica. Estos ítems son el "12" y el "7", este último interpretado junto al 8 resulta altamente significativo para el diagnóstico del trastorno que nos ocupa.

A todos los ítems excepto al "30", les hemos añadido el apartado observaciones, para dar al paciente la oportunidad de matizar más su respuesta, o exponer sus dudas, de esta manera obtendremos una mejor información.

A los dos primeros ítems les hemos incluido otro apartado más, para que el sujeto pueda puntualizar la frecuencia de evacuación, por ser éste un dato importantísimo para el estudio del SI

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las modificaciones realizadas sobre el cuestionario piloto pasamos a detallar algunos de los puntos relevantes sobre las conclusiones del estudio:

- 1) En el segundo cuestionario hemos añadido los datos personales del paciente. En el primero los omitimos deliberadamente para que el sujeto pudiera contestar desde la seguridad del anonimato, evitando así, la tentación de enmascarar o distorsionar las respuestas a preguntas tan delicadas. No debemos perder de vista que el segundo cuestionario, lo hemos utilizado con los sujetos experimentales que formaban parte de la investigación, circunstancia que nos obligaba a conocer su identidad para el análisis de resultados pre y postratamiento.
- 2) En el cuestionario "piloto", apreciamos la tendencia de algunos sujetos a contestar ciertos ítems con la respuesta "no sé". Hemos evitado añadir a los ítems esta alternativa ("no sé") por la cómoda tendencia natural que podría suponer señalar la misma, por el poco esfuerzo e implicación que conlleva dicha contestación. En su defecto hemos creído más enriquecedor incluir un apartado de observaciones que ayude a matizar convenientemente los ítems más dudosos, dando una información más veraz y adecuada a cada caso particular.
- 3) En los ítems "1" y "2" dado su gran importancia para el estudio del trastorno que nos ocupa, decidimos reformular una pregunta abierta al final de los mismos, para afinar más en la graduación de la severidad sintomática del síndrome. Debemos pensar que la frecuencia de evacuación junto al dolor, se pueden considerar los síntomas "estrella" de esta patología. El dolor quedaba suficientemente estudiado en el primer cuestionario, pero por el contrario apreciamos que no ocurría lo mismo con los episodios de diarrea y estreñimiento.
- 4) En los ítems "15" y "20", la primera presentación inducía a error. Debido al ambiguo diseño de la pregunta no quedaba claro si se debe tachar la respuesta verdadera o la falsa, razón por la que cambiamos la confección del ítem, aproximando su presentación a la del resto.

Los datos aportados por este cuestionario, clarifican la naturaleza de un trastorno funcional, sobre el que todavía no se ha podido consensuar un perfil psicológico típico de estos pacientes, ni siquiera podemos inferir que ciertas perturbaciones emocionales induzcan el desarrollo de esta enfermedad.

En 1970, West intentó identificar algunos rasgos de personalidad anómalos entre los sujetos afectados por el síndrome, y para ello recurrió al inventario para la personalidad de Minnesota (MMPI), detectando que las escalas típicas de la llamada tríada psicosomática (Histeria, Depresión e Hipocondría) se encontraban alteradas. Otros investigadores en estudios un poco más recientes (Whitehead, Engel y Schuster, 1980; Enck, Steckler, Whitehead, Tucker y Schuster, 1984), encontraron elevadas de forma significativa algunas escalas típicas del comportamiento neurótico: escalas de sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, depresión y somatización del afecto.

En esta misma línea Latimer (1983), concluye que el SII constituye un modelo de conducta aprendida que se puede integrar en un patrón de comportamiento "neurótico", aunque por supuesto la reciprocidad no es cierta. Es decir, no todos los sujetos neuróticos presentan manifestaciones intestinales sintomáticas, sin embargo la conducta neurótica es altamente probable en los pacientes con SII.

En cuanto a la relación del SII con el estrés, la incidencia del mismo en esta patología es clara como desencadenante de las alteraciones digestivas, parece bastante clara, pero ni el efecto de los agentes estresantes sobre el tracto intestinal es exclusivo de este trastorno, ni el estrés constituye un factor etiológico en el desarrollo de la enfermedad. Algunos autores han apuntado la tesis de que un déficit determinado en la recuperación del sistema nervioso autónomo o un desequilibrio autonómico general, podría explicar que los pacientes con SII reaccionaran de una forma más marcada ante estímulos estresores.

Además de la peculiar responsividad del colon de los pacientes afectados por el SII, ante estímulos estresores, encontramos una mayor frecuencia de acontecimientos

vitales estresantes en la vida de estos sujetos en comparación con la población sana. Según Corney y Stanton (1990), Dinan, O'Keane, O'Boyle, Chua y Keeling (1991) y Fowlie, Eastwood y Ford (1992), el inicio y exarcebación de los síntomas es contingente con estímulos estresantes.

Como podemos ver, en el momento actual el terapeuta de conducta se encuentra con una abundante bibliografía científica sobre el síndrome, pero con conclusiones tan abundantes como a veces divergentes, poco determinantes y orientativas con respecto a la práctica clínica.

Si a esta "categorización psicológica" del paciente afecto del SII y a la etiología escurridiza, la añadimos una multitud de diferentes manifestaciones sintomáticas, nos encontramos con un trastorno de difícil aprehensión y abordaje clínico. Por lo cual, la única herramienta eficaz con la que puede trabajar el psicólogo clínico para realizar una certera evaluación de la patología que nos ocupa, debe ser -como siempre- un correcto análisis funcional. Es aquí, donde un buen cuestionario bien diseñado y validado, con vocación conductual nos puede ayudar.

Esperamos que en un futuro esta modesta aportación nuestra sirva para abrir líneas de investigación sobre este intrincado síndrome.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Benages, A., Moreno-Osset, E., Minguez, M., Mora, F. y Peña, A. (1995). Síndrome del Intestino Irritable. Manual para el médico general. Menarini.
- Bixquert, M., Gilabert, M.S. y Rodrigo, J.M. (1989). Dispepsia no ulcerosa. Problemas conceptuales y diagnósticos terapéuticos. *Gastroenterología y hepatología*, 12(supl. 1), 58-71.
- Bockus, H.L., Bank, J. y Wilkinson, S.A. (1928). Neurogenic mucous colitis. *American Journal of Medical Science*, 176, 813 - 829.
- Chaudhary, N.A. y Truelove, S.C. (1962). The irritable colon syndrome: A study of the clinical features, predisposing causes and prognosis in 130 cases. *Quarterly Journal of Medicine*, 31, 307 - 323.
- Corney, R.H. y Stanton, R. (1990). Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 169-173.
- Dalton, C.B. y Drossman, D.A. (1998). Diagnóstico y tratamiento del Síndrome del Colon Irritable. *American Family Physician*, 5 (3), 140-149.
- Deller, D. J. y Wang, A.G. (1965). Intestinal motility in man. Parts I, II, and III. *Gastroenterology*, 48, 45-84.
- Dinan, T.G.; O'Keane, V.; O'Boyle, C.; Chua, A. y Keeg, P.W. (1991). A comparison of the mental status, personality profiles and life events of patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 26-28.
- Drossman, D.A. (1998). Síndrome del colon Irritable: un trastorno multifactorial. *Hospital Practice (Ed. Español)* 4 (2), 69-78.
- Drossman, D.A. Powell, D. W. y Sessions, J.T. (1977). The irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 73, 811 - 822
- Drossman, D.A., Sandler, R.S., McKee, D.C. y Lovitz, A.J. (1982). Bowel patterns among subject not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology*, 83, 529 - 534.
- Drossman, D.A. y Thompson W.G. (1992). The irritable bowel syndrome: review and a graduated multicomponent treatment approach. *Annals of Internal Medicine*. 116, 1009-16.
- Drossman, D.A. y Thompson W.G. (1994). Functional gastrointestinal disorders. In: Grendell J.H., McQuaid K.R., Friedman S.L.. eds. *Current diagnosis and treatment in gastroenterology*. Standford, Conn: Appleton and Lange 86-94.
- Drossman D.A., Thompson W.G., Talley N. J. (1990). Identification of sub-groups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 3, 159-172.
- Enck, P.; Steckler, I.; Whitehead, W.E.; Tucker, H y Schuster, M.M. (1984). Lactose intolerance versus irritable bowel syndrome: Physiological and psychological comparison. *Gastroenterology*, 86, 1070.

- Fernández Rodríguez, C. (1993). Síndrome del intestino irritable: aproximación conductual a su evaluación y tratamiento. En: M.A. Simón (Ed.), *Psicología de la Salud*, (pp. 139 - 157). Madrid: Pirámide.
- Fowlie, S., Eastwood, M.A. y Ford, M.J. (1992). Irritable bowel Syndrome: the influence of psychological factors on the symptom complex. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 169-173.
- Latimer, P.R. (1983). *Functional gastrointestinal disorders. A behavioral medicine approach*. Nueva York. Springer Pub.
- Manning, A.P., Thompson, W.G., Heaton, K.W. y Morris, A.F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel syndrome. *British Medicine Journal*, 2, 653 - 654.
- Moreno- Romo, J., Botella C. Y Bixquert, M. (1996). Relación entre aspectos psicosociales cotidianos y sintomatología en pacientes con Síndrome del Intestino Irritable. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(81), 75-91.
- Murney, R.G. y Winship, D.H. (1982). The irritable colon syndrome. *Journal of clinical Gastroenterology*, 11, 563-592.
- Pérez Álvarez, M. (1990). Modificación comportamental del síndrome del intestino irritable. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Modificación de Conducta y Salud*, (pp. 241 - 255). Madrid: Eudema.
- Ritchie J. (1973). The irritable bowel syndrome. Part. II. Manometric and cineradiographic studies. *Clinical Gastroenterology*, 6, 622-631.
- Richter, J.E. (1991). Organic causes and differential characteristics from functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 26(suppl. 182), 11-16.
- Schuster, M.M. (1989). Irritable bowel syndrome. En M.H. Sleisenger y J.S. Fordtran (eds.), *Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management* (pp. 1492-1518). Philadelphia: W.B.Saunders Co.
- Switz, D.M. (1976). What the gastroenterologist does all day ? *Gastroenterology*, 70, 1.048 - 1.050.
- West, K.L: (1970). MMPI correlates of ulceratives colitis. *Journal of clinical Psychology*, 26, 214-229.
- White, B.V. y Jones, C.M. (1940). Mucous colitis: A delineation of the syndrome with certain observations on its mechanism and on the role of emotional tension as a precipitating factor. *Annals of Internal Medicine*, 14, 854 - 872.
- Whitehead, W.E., Engel, B.T. y Schuster, M.M. (1980). Irritable bowel syndrome: Physiological and psychological differences between diarrhea-predominant and constipation-predominant patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 25; 404-413.