



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Monografía

*De tripas corazón: Trastornos del eje intestino-cerebro en
población adulta*

Estudiante: Sabina Marinello

C.I: 2.852.732-1

Tutor: Prof. Adj. Dr. Lisandro Vales

Revisor: Prof.^a Adj.^a Mag. Ana Laura Russo

Diciembre, 2023
Montevideo, Uruguay

Agradecimientos

El proceso de este TFG y trayecto por la Facultad de Psicología han sido posibles gracias a la colaboración y apoyo de personas a quienes deseo expresar mi profundo agradecimiento.

A mi tutor Lisandro Vales por su confianza depositada en mí desde el comienzo, que me permitió trabajar con autonomía y creatividad. Por aportar “su otra mirada” y transmitir conceptos que enriquecieron notablemente el trabajo final.

A mi revisora Ana Laura Russo por leerme con atención y dedicación, siendo sus indicaciones y devoluciones muy oportunas para la mirada interdisciplinaria.

A las doctoras Natalia Rodriguez y Andrea Messutti, que colaboraron respondiendo dudas y conocimientos desde la medicina integrativa. Gracias por su apoyo personal y su generosa disponibilidad.

Un agradecimiento especial a Natalia Faral. Prima y gran amiga. Muchas gracias por tu lectura minuciosa, profesional y por tu acompañamiento sostenido de principio a fin.

A los psicólogos y psicólogas que han estado cerquita en mi vida y de quienes he aprendido tanto. Eternamente agradecida a mi querida Lourdes Ruiz por ayudarme tanto en mi camino de vida. Gracias por tu inmensa calidez humana y profesional.

A cada docente de facultad que me invitó a la reflexión, contribuyendo con distintas miradas que modelaron y potenciaron mi formación en psicología.

A mis compañeros y compañeras de facultad. La psicología es mucho más nutrida cuando se comparte.

A mis amigas y amigos, por impulsarme siempre y celebrar conmigo los logros y entender cada: “no puedo, tengo que estudiar”.

A mis padres por darme la vida y ayudarme para que esta nueva etapa de estudiante haya podido sostenerse y concretarse.

A mi hermano, tíos y a toda mi familia por entender que tenía otra vocación más para desarrollar y motivarme a cumplir cada meta.

Un gracias enorme a mi gran compañero de vida, Mauricio, sin ti no habría sido posible disfrutar tanto estos años de dedicación al estudio. Has sido sostén incondicional de nuestro hogar.

A las personitas más valiosas que tengo y los grandes impulsores de mi vida: mi hijo Valentino y mi hija Isabella. Gracias por entender a mamá y por la enorme paciencia que han tenido apoyándome siempre con todo su amor y comprensión.

Gracias a todas las personas y experiencias de vida que me han hecho crecer y superar desafíos. Sin su colaboración, tolerancia y cariño no habría sido posible cumplir este sueño.

El viaje se disfruta mucho más cuando hay personas como estas a bordo que lo hacen especial y memorable.

Índice

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
ABREVIATURAS	4
INTRODUCCIÓN	5
ASPECTOS GENERALES DE LAS PATOLOGÍAS DEL INTESTINO Y MARCOS TEÓRICOS PARA LA COMPREENSIÓN DE LOS TEIC.....	9
PREVALENCIA Y ETIOPATOGENIA	9
MARCOS TEÓRICOS PARA LA COMPREENSIÓN DE LOS TEIC	11
<i>Un poco de historia: del reduccionismo biológico hasta el modelo biopsicosocial.....</i>	<i>11</i>
<i>Más allá del modelo biopsicosocial: PNIE y Neuropsicoanálisis</i>	<i>17</i>
<i>Sistema nervioso entérico (SNE) ¿El segundo cerebro?</i>	<i>19</i>
<i>Alteraciones del eje HPA en los TEIC y PNIE</i>	<i>21</i>
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, CLASIFICACIÓN ROMA IV	25
<i>Clasificación Roma IV.....</i>	<i>26</i>
<i>Sintomatología.....</i>	<i>27</i>
TEIC: UNA PATOLOGÍA MULTIFACTORIAL	28
FACTORES FISIOLÓGICOS	28
FACTORES PSICOSOCIALES.....	30
<i>Asociación entre los síntomas de ansiedad, depresión, somatización con síntomas GI y comorbilidad con otros trastornos psicológicos.....</i>	<i>31</i>
<i>Personalidad con rasgos característicos</i>	<i>33</i>
<i>Estresores ambientales en la infancia y vida adulta</i>	<i>34</i>
<i>Apoyo social y familiar</i>	<i>35</i>
<i>Consecuencias psicosociales</i>	<i>35</i>
TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MÉDICO	35
GASTROENTEROLOGÍA CONDUCTUAL: UNA INTERVENCIÓN EN ESTILOS DE VIDA	36
<i>Comportamiento vinculado a la dieta.....</i>	<i>36</i>
<i>Comportamiento vinculado al ejercicio físico</i>	<i>37</i>
<i>Comportamiento vinculado al sueño</i>	<i>37</i>
<i>Comportamiento vinculado al trabajo</i>	<i>37</i>
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	38
APROXIMACIONES A POSIBLES ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS.....	39
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL	40
PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA.....	41
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PI-PNIE	43
CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	57

Resumen

Los trastornos del eje intestino-cerebro (TEIC), antes llamados trastornos digestivos funcionales (TDF), afectan a más del 40 % de la población mundial y, se estima, que dos tercios de estas personas tendrán síntomas crónicos y fluctuantes. Los cuadros de mayor prevalencia son: el síndrome de intestino irritable (SII), la dispepsia funcional (DF) y el estreñimiento funcional. Estos síndromes se caracterizan por síntomas gastrointestinales recurrentes que no se explican por causas orgánicas detectables pero, sí serían producto de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los enfoques de tratamiento son integrales ya que se basan en un modelo biopsicosocial de la Fundación Roma, que articula la enfermedad como holística y multifactorial, haciendo énfasis en la conexión mente-cuerpo a través de la comunicación bidireccional entre el intestino y el cerebro presente en los TEIC. Estas patologías despiertan interés en el campo de la psicología clínica debido a los factores psicosociales involucrados que interactúan de forma compleja y recíproca con la genética y una fisiopatología alterada. Se asocian con una calidad de vida reducida y una mayor prevalencia de malestar psicológico, por lo tanto es necesario el abordaje multidisciplinar. Si bien los resultados concretos acerca de la eficacia de los tratamientos tanto médicos como psicológicos aún están siendo investigados, existe evidencia de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual a la vez que sería interesante ahondar más en el estudio de otras psicoterapias como el Neuropsicoanálisis y la Psicoterapia Integrativa que presentan marcos interesantes para el análisis del sistema emocional y el estrés crónico característico de estos cuadros.

Palabras claves: trastornos del eje intestino-cerebro, trastornos gastrointestinales funcionales, síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional

Abstract

The gut-brain axis disorders, previously known as functional gastrointestinal disorders (FGIDs), affect more than 40 % of the world population and, is estimated that two thirds of these people, will have chronic or fluctuating symptoms. The ones with more prevalence are: irritable bowel syndrome (IBS), functional dyspepsia (FD) and the functional constipation. These syndromes are characterized by gastrointestinal recurrent symptoms that cannot be explained by detectable organic causes, but are indeed product of the interaction of complex biological, psychological and social factors. The treatment approaches are integral because they are based on a biopsychosocial model from the Rome Foundation, that articulates the illness as holistic and multifactorial, emphasizing the body-mind connection through the bidirectional communication between the gut and brain, present in the TEIC. These pathologies show interest in the clinic psychology field due to the psychosocial factors involved, that interact in a complex and reciprocal way with genetics and a dysregulated pathophysiology. They are associated with a reduced quality of life and a higher prevalence of psychological discomfort therefore a multidisciplinary approach is necessary. Though results regarding the efficacy of the medical treatments as well as psychological ones are still being investigated, there is evidence of the efficacy of the Cognitive Behavioural Therapy. It would be interesting to

go deeper in the study of other psychotherapies such as Neuropsychanalysis and Integrative Psychotherapy that present an interesting framework for the analysis of the emotional system and chronic stress, characteristic of these conditions.

Keywords: gut-brain axis disorders, functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, functional dyspepsia

Abreviaturas

ACTH: adrenocorticotropina

ATC: antidepresivos tricíclicos

CRH: hormona hipotalámica liberadora de corticotropina

DF: dispepsia funcional

Eje HPA: eje hipotalámico-pituitario-adrenal

FODMAP: carbohidratos de cadena corta (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables).

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

PNIE: Psiconeuroinmunoendocrinología

PI-PNIE: Psicoterapia integrativa-Psiconeuroinmunoendocrinología

SII: síndrome de intestino irritable

SNA: sistema nervioso autónomo

SNE: sistema nervioso endócrino

SNC: sistema nervioso central

SNP: los polimorfismos de nucleótido único

TCC: Terapia Cognitiva Conductual

TDF: trastornos digestivos funcionales

TGF: trastornos gastrointestinales funcionales

TEIC: trastornos del eje intestino-cerebro

5-HT: hidroxitriptamina neurotransmisor receptor de serotonina

Introducción

La presente monografía se enmarca en el trabajo final de grado correspondiente a la Licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). Analiza los trastornos del eje intestino-cerebro, su etiopatogenia, prevalencia, factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes, proponiendo marcos teóricos para su explicación y los tratamientos tanto médicos como psicológicos desde una perspectiva biopsicosocial.

La motivación de ahondar en esta temática se encuentra directamente vinculada a vivencias personales y laborales, lo que ha derivado, durante algunos años, en la búsqueda de bibliografía, consultas a diversos profesionales, capacitaciones específicas, para poder otorgarle mayor sentido y comprensión a estos trastornos, y fundamentalmente contribuir desde la psicología a mejorar la calidad de vida y bienestar de estos consultantes.

El concepto de enfermedades gastrointestinales que no revisten una causa orgánica ha ido transformándose con el transcurso del tiempo. En un comienzo, estos trastornos se consideraron como digestivos funcionales por no detectarse alteraciones bioquímicas o estructurales, hasta llegar a la denominación actual de trastornos del eje intestino-cerebro (TEIC)¹.

Los TEIC son enfermedades crónicas que revisten un importante problema para la salud pública por la complejidad de estos cuadros, los altos costos económicos que generan al sistema de salud, la necesidad de un abordaje interdisciplinario, así como la alteración en la calidad de vida de los individuos que los padecen (Black et al., 2020).

De acuerdo a una reciente investigación de Sperber et al. (2021) realizada en 33 países de 6 regiones geográficas (América del Norte y Latina, Europa occidental y oriental, Medio Oriente y Asia), más del 40 % de la población mundial padece un TEIC, y dentro de estos cuadros gastrointestinales funcionales, los de mayor prevalencia son: el síndrome de intestino irritable (SII), la dispepsia funcional (DF) y el estreñimiento funcional. En la búsqueda de antecedentes, Uruguay no cuenta con estudios epidemiológicos que aporten estos datos y tampoco fue incluido nuestro país en esta

¹ *Los trastornos digestivos funcionales (TDF) también se conocen como trastornos gastrointestinales funcionales (TGF), y en la última clasificación “Roma IV, Criterios Diagnósticos de la Fundación Roma” (Drossman & Hasler, 2016) se los denomina como trastornos del eje intestino-cerebro (TEIC). Las referencias bibliográficas los consideran de forma indistinta, pero en este trabajo se acudirá a la sigla TEIC.

investigación, pero sí se pueden observar en la región los datos de Argentina, con un 43,9 % de prevalencia. Esta investigación representa el primer reporte que documenta la prevalencia mundial de los TEIC, por lo que se puede advertir que 4 de cada 10 consultantes que se reciben en una consulta psicológica podrían padecer de un trastorno de este tipo.

Si bien las enfermedades gastrointestinales han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, la investigación específica de estos padecimientos surge a fines de 1980, con un comité multidisciplinario de expertos que crean el primer manual de criterios diagnósticos de los trastornos digestivos funcionales (TDF) bajo el nombre de “Roma I”. Desde entonces, existen cuatro ediciones hasta el último Roma IV del 2016, que es la versión que se utiliza en la actualidad. Para el 2026 se prevé el lanzamiento del Roma V.

En ausencia de una enfermedad orgánica o estructural detectada, estos trastornos digestivos fueron considerados en un principio como “funcionales”. Sin embargo esta definición de “ausencia de enfermedad” fue cambiando a lo largo del tiempo. Comenzaron siendo vistos como trastornos del estrés o somáticos, luego como trastornos de la motilidad del intestino, en el Roma III como trastornos del funcionamiento gastrointestinal y en la última edición del Roma IV como trastornos del eje intestino-cerebro.

Se profundizará en los marcos teóricos que han intentado brindar una mayor comprensión para el diagnóstico y el tratamiento de estos cuadros que no se explican por alteraciones estructurales o bioquímicas. Desde el modelo clásico reduccionista hasta la influencia del modelo biopsicosocial Engel (1982), que sentó las bases para el posterior desarrollo del marco biopsicosocial específico de los TEIC. Este enfoque multimodal es el utilizado en la actualidad para el abordaje de estos trastornos.

A principios del 2000 se funda la Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis, con el propósito de comprender el funcionamiento psíquico y los procesos neurológicos a partir de los fundamentos teóricos de la neurociencias y del psicoanálisis (Sarmiento, 2022). Este marco teórico proporciona interesantes aportes entre el funcionamiento psíquico y los factores ambientales, tanto en la vida temprana como adulta que pueden afectar la expresión genética cambiando patrones neuronales. Desde este abordaje Wright y Panksepp (2022) proponen la importancia de los sistemas emocionales desde la neurociencia afectiva para entender la relación de la mente humana con las respuestas

conductuales y emocionales, elementos esenciales a tener en cuenta en el abordaje de los factores psicosociales de los TEIC.

A finales de la década del noventa aparece un nuevo campo de investigación: la Neurogastroenterología que demuestra con nuevas técnicas de imagenología, la señalización aferente del intestino, la estimulación y registro neural, la percepción del dolor, la asociación entre el cerebro y el sistema inmunológico, quedando demostrados los componentes estructurales y fisiológicos del modelo biopsicosocial. Esto condujo al nuevo concepto del eje intestino-cerebro (Drossman & Hasler, 2016). En este orden, en el último Roma IV, se llega al consenso de que un trastorno gastrointestinal funcional es el producto de una fisiología gastrointestinal alterada que interactúa con factores psicosociales a través del eje intestino-cerebro, lo que explicaría el cambio de denominación.

De acuerdo a Mukhtar et al. (2019), citado en Bermejo et al. (2021), la respuesta disfuncional del eje HPA (hipotálamo-pituitario-adrenal) es clave en estos procesos de interacción intestino-cerebro. Este eje mantiene una comunicación bidireccional mediante neuropéptidos que cumplen una función fundamental en la percepción del dolor y que puede ser modificado por el sistema autónomo, límbico y endócrino. El modelo sistémico PNIE (Psiconeuroinmunoendocrinología) explica cómo ante situaciones de estrés, se activa el eje HPA alterando la función del sistema gastrointestinal y afectando bidireccionalmente al sistema nervioso central, inmunológico y endócrino.

Nuevos estudios en el conocimiento de la microbiota intestinal humana muestran además que puede existir un vínculo entre la alteración de esta y el desarrollo de un trastorno gastrointestinal funcional, por lo que últimamente ha llegado a utilizarse también el término “eje cerebro-intestino-microbiota” (Mukhtar et al., 2019). Por su parte, Wouters & Boeckxstaens (2016) indican que existe evidencia de que la microbiota es capaz de modular el eje intestino-cerebro, lo que podría conducir a desórdenes psicológicos como la ansiedad y depresión.

El manual Roma IV (Drossman & Hasler, 2016), creado por la Fundación Roma para la clasificación de los TEIC, considera a los síntomas en lugar de criterios fisiológicos. Esto se fundamenta, en primer lugar, por la falta de evidencia de que la alteración fisiológica explique completamente los síntomas del paciente y porque son principalmente los síntomas los que llevan al paciente a realizar una consulta médica.

El carácter crónico de los TEIC y la variedad de sistemas involucrados, requieren de un abordaje interdisciplinario y de una conceptualización biopsicosocial que

proporcione un marco teórico para la comprensión de la etiopatogenia, la experiencia clínica y los efectos de un trastorno gastrointestinal funcional. Este modelo pone énfasis en la influencia de la vida temprana que puede afectar el entorno psicosocial del individuo, su estado fisiológico así como la interacción bidireccional del eje intestino-cerebro (Drossman, 2016). La adversidad en las vivencias tempranas, como el abuso sexual y físico se ha detectado con mayor frecuencia en pacientes con TEIC (Wu, 2012). Por lo tanto se llega al consenso que estas patologías son el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales, que no responden tanto a procesos etiopatogénicos monocausales lineales (Van Oudenhove et al., 2016).

Los trastornos del eje intestino-cerebro despiertan interés en el campo de la psicología clínica debido a los factores psicosociales involucrados que interactúan de forma compleja y recíproca con factores genéticos predisponiendo, desencadenando o perpetuando estos cuadros, a la vez que acentúan los síntomas que padece el paciente (Van Oudenhove et al., 2016). Los factores psicológicos tienen alta incidencia tanto en las causas, como en el desarrollo y su mantenimiento. Trastornos de depresión mayor, ansiedad y somáticos son prevalentes en consultantes con un trastorno gastrointestinal funcional y pueden afectar desde el 50 % hasta el 94 % de los pacientes con SII (Whitehead et al., 2002). Estas comorbilidades psicológicas se relacionan con la gravedad de los síntomas de los trastornos del eje intestino-cerebro (Wu, 2012). Por otra parte, Koloski et al. (2020) sugieren algunas evidencias que la angustia no es solamente una comorbilidad sino una parte integral de ellos.

Si bien aún se conoce poco de la eficacia de las psicoterapias para el abordaje de los TEIC, se sugiere que los enfoques de tratamiento sean personalizados y multimodales. En este orden Drossman (2016) hace especial hincapié en una buena relación médico-paciente ya que es la base para “mejorar la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento, la reducción de los síntomas y otros resultados de salud” (Drossman, 2016, p. 14). Las habilidades de comunicación del médico, de cómo transmita el diagnóstico sin juicios de valor, y explique la enfermedad, sus causas y posibles tratamientos, será el punto de partida para la mejor comprensión por parte del paciente, de la aceptación de la enfermedad y de su posterior evolución. De acuerdo a la gravedad de los síntomas, será el tratamiento que se le indique, que puede incluir biopsicoeducación, cambios en la alimentación y en su rutina, y en algunos casos un tratamiento farmacológico específico en conjunto con tratamiento psicológico, demostrado como eficaz para abordar algunas patologías específicas de los trastornos digestivos funcionales (Drossman, 2016).

Distintas revisiones bibliográficas indican que la psicoterapia es beneficiosa en la reducción de la sintomatología sobre todo en casos de manifestación de la enfermedad de moderada a grave (Benasayag, 2009). En el último capítulo se presentan posibles abordajes psicoterapéuticos: la terapia cognitiva-conductual, sugerida en el marco teórico biopsicosocial de Drossman (2016); la psicoterapia psicodinámica que toma como marco conceptual al neuropsicoanálisis y a la neurociencia afectiva; por último, la psicoterapia integrativa, que se desprende del modelo PNIE desde un enfoque de tratamiento multidimensional.

Asociar síntomas gastrointestinales con momentos desafiantes de la vida ha dado lugar a diversas frases populares, como por ejemplo “hacer de tripas corazón”, poner las vísceras al servicio y dejar algunos sentimientos de lado para ser “funcionales”. Sin embargo, esta forma de afrontamiento sostenido de forma crónica, termina siendo disfuncional y podría derivar en un agotamiento de los sistemas de nuestro organismo.

Aspectos generales de las patologías del intestino y marcos teóricos para la comprensión de los TEIC

Prevalencia y Etiopatogenia

Los trastornos del eje intestino-cerebro son de las enfermedades digestivas con mayor prevalencia en el mundo, de carácter crónico para el paciente y que requieren, por su complejidad, un abordaje multidimensional. Un estudio mundial reciente de Sperber et al. (2021) de la Fundación Roma, realizado en 33 países de 6 regiones, discriminadas por sexo y grupos de edad, informó que más del 40 % de la población padece un trastorno del eje intestino-cerebro y según Black et al. (2020), dos tercios de este grupo tendrían síntomas crónicos y fluctuantes. Estas personas mostraron mayor recurrencia de atención médica y una calidad de vida más baja que aquellos que no cumplían con los criterios.

De acuerdo a esta última investigación, dentro de estos cuadros gastrointestinales funcionales, los de mayor prevalencia son: el síndrome de intestino irritable (SII) y la dispepsia funcional (DF). Uruguay no cuenta con estudios epidemiológicos recientes que aporten estos datos, y nuestro país tampoco fue incluido en esta investigación, pero sí se pueden observar en la región los datos de Argentina, con un 43,9 % de prevalencia. En la atención primaria, casi el 50 % de las personas que consultan por trastornos gastrointestinales tiene un TEIC y el SII es el de mayor prevalencia (Horwitz & Fisher, 2001). Se estima que “más de dos tercios de las personas habrán visto a un médico los 12 meses anteriores, el 40 % usa medicamentos regulares y un tercio habrá tenido una cirugía

abdominal potencialmente innecesaria para sus síntomas, como una histerectomía o colecistectomía” (Black et al., 2020, p. 1).

Por lo general, las mujeres son más propensas que los hombres a padecer estos trastornos. En línea con esto, la encuesta global de la Fundación Roma mostró que el 49 % de las mujeres declararon tener un trastorno digestivo funcional en comparación con el 37 % de los hombres (Black et al., 2020). Otros estudios epidemiológicos demostraron un mayor riesgo de enfermedades atópicas y autoinmunes en los TEIC, y se incluyó el dato de que el tabaquismo es otro factor de riesgo (Ford et al., 2014; Koloski et al., 2019).

Los TEIC son desórdenes muy frecuentes que refieren a aquellos síntomas atribuibles al tracto intestinal que cursan de forma recurrente y crónica pero que no se explican por alteraciones bioquímicas o estructurales del organismo (Bermejo et al., 2021). Es uno de los primeros diagnósticos diferenciales que los especialistas en gastroenterología deben realizar para distinguir si el paciente presenta una enfermedad orgánica demostrable, ya sea física o estructural, o responde a causas de orden funcional. La principal diferencia entre una enfermedad orgánica del intestino y un trastorno digestivo funcional radica en la causa de origen y en la manifestación de los síntomas. Los trastornos digestivos funcionales pueden tener síntomas en común con las enfermedades orgánicas intestinales lo que lleva al médico a realizar estudios diferenciales de laboratorio e imágenes, exámen físico (incluido el examen rectal digital) y a tener en cuenta la historia clínica del paciente y sus antecedentes. Black et al. (2020), indican que es fundamental descartar en primer lugar a los trastornos de motilidad, la enfermedad celíaca e inflamatoria intestinal que podrían presentar síntomas similares. Asimismo también es común la superposición de síntomas de modo que pueden coexistir más de un TEIC y en estos casos la prevalencia de ansiedad y depresión aumenta, a la vez que aumenta la frecuencia y la gravedad de los síntomas gastrointestinales.

Los síntomas característicos incluyen: dolor abdominal, acidez, náuseas, constipación y diarrea (Celleri et al., 2023; Haug et al., 2002; Mukhtar et al., 2019). La capacidad de poder clasificar adecuadamente a los consultantes con TEIC ha sido clave no únicamente para facilitar el diagnóstico y diseñar un tratamiento, sino para la investigación en su etiología. Es por ello que en los últimos 30 años, la Fundación Roma, formada por un comité de gastroenterólogos y académicos de todo el mundo, han trabajado en crear métodos estandarizados para diagnosticar y clasificar los trastornos digestivos funcionales sobre la base de un consenso de expertos en la salud gastrointestinal. En la actualidad, hay 33 tipos de TEIC clasificados por ubicación

anat6mica, cada uno con criterios basados en sntomas (Ver Anexo 1). La 6ltima versi3n del Roma IV redefine a los trastornos digestivos funcionales como trastornos del eje intestino-cerebro, demostrando la compleja interacci3n de factores biol3gicos, psicol3gicos y sociales en su etiopatogenia. Estos factores est1n vinculados a la funci3n digestiva y al origen de los sntomas digestivos (Van Oudenhove et. al, 2010).

Siguiendo esta lnea, seg6n Drossman (2016), los TEIC se reconocen por la presentaci3n de anomalas morfol3gicas y fisiol3gicas que ocurrirían concomitantemente con trastornos de motilidad, hipersensibilidad visceral, alteraciones de la funci3n inmune, de la mucosa del intestino, disbiosis en la microbiota intestinal y cambios en el sistema nervioso central. Black et al. (2020) afirman que se han identificado recientemente como cambios estructurales en los TEIC a la inflamaci3n intestinal de bajo grado, el aumento de la permeabilidad intestinal, la activaci3n del sistema inmunitario y las alteraciones en la microbiota. Esto ha derivado en otra nueva nomenclatura: *trastornos del eje cerebro-intestino-microbiota* (Mukhtar et al., 2019).

Con el objetivo de brindar una mayor comprensi3n de la etiopatogenia de los TEIC, es que han surgido distintos marcos conceptuales.

Marcos te3ricos para la comprensi3n de los TEIC

Un poco de historia: del reduccionismo biol3gico hasta el modelo biopsicosocial

En el transcurso del siglo XIX este *corpus* de conocimiento con relaci3n a los TEIC se fue incrementando, pero el estudio de la interacci3n entre emociones y el sistema digestivo ya haba despertado inter6s en el siglo XIX. De este contexto devienen expresiones de la jerga popular tales como: “se me hizo un nudo en el est3mago”, “siento mariposas en la panza”, “me cuesta digerir esta noticia” o la que da nombre a este trabajo “hacer de tripas coraz3n”. Drossman (2016), plantea que la posibilidad que las emociones desencadenen una enfermedad org1nica fue propuesta por primera vez por un m6dico griego, Claudio Galeno. En 1833 William Beaumont “el padre de la fisiología g1strica” destacaba el papel de las emociones en la funci3n g1strica especialmente en las secreciones. Sus estudios espec6ficamente en su paciente Alexis St. Martin referían a la incidencia de las emociones como la ira y el miedo, en la morfología de la mucosa g1strica, convirtiéndose en una de las primeras investigaciones psicofisiol3gicas del tracto gastrointestinal en humanos.

Drossman (2016) contin6a analizando las distintas conceptualizaciones de esta enfermedad desde la antigüedad y seala que en el siglo XVII no existía la comprensi3n

de los síntomas por fuera de una enfermedad orgánica; a las personas que padecían síntomas no demostrables por una causa estructural eran consideradas “locas”, se las excluía del sistema médico y de la sociedad, internándolas en asilos psiquiátricos. De acuerdo con este autor, la idea de atribuir la enfermedad a una causa psicógena, en ausencia de una fisiopatología no relacionada con una etiología particular, se remonta a la clásica tensión histórica entre el holismo y el dualismo. La filosofía reconoce las ideas monistas y dualistas, ubicando a Platón y a Aristóteles dentro del dualismo, aunque este último sostiene que forma y materia son inseparables. Por su parte Hipócrates, conocido como el padre de la medicina, propuso la Teoría Humoral que puede considerarse como holística, ya que concebía una idea de salud como equilibrio de humores y que, un desequilibrio en éstos, en la sangre, flema o bilis, podían ser causantes de una enfermedad. Desde esta última postura, la visión de enfermedad debe tener en cuenta todas las dimensiones del ser y no únicamente la parte enferma.

Sin embargo, en 1637, en Europa Occidental el filósofo René Descartes, fue quien más sostuvo la posición dualista al proponer la teoría de separación de la mente pensante (*res cogitans*) del cuerpo como máquina (*res extensa*). Esta escisión, no es ajena a su contexto socio histórico, que coincide al mismo tiempo con la separación de la Iglesia y el Estado. Este dualismo tuvo consecuencias profundas en cómo se consideraban los procesos de salud-enfermedad hasta nuestros días, tanto en la órbita médica como en el comportamiento de los individuos.

A partir de estos principios dualistas es que se separan los trastornos orgánicos, vistos como más legítimos, de los funcionales, los que quedaban en la órbita de una condición psiquiátrica, o directamente indefinidos. Así surge el modelo biológico reduccionista que considera a la enfermedad cuando un órgano y su funcionamiento se encuentran dañados. Desde esta postura, se termina otorgando una visión lineal de la enfermedad y no una más completa, sobre todo cuando reviste las características de un proceso de mayor complejidad, como es el caso de los TDF, considerados como “funcionales” porque responden a diversas causas que no se explican únicamente desde lo biológico de los síntomas. En el siglo XIX, con el descubrimiento de Louis Pasteur y el desarrollo de la teoría de los gérmenes de la enfermedad de Robert Koch, se potenció aún más este reduccionismo biológico, ya que una enfermedad respondía a agentes específicos etiológicos.

De todas formas, cabe destacar que para que un síntoma pueda ser percibido como una enfermedad, resulta propicio analizar en profundidad cómo este es reconocido en la

sociedad. Por ejemplo, no es lo mismo un síntoma de náuseas, muy comunes en los embarazos en nuestra sociedad Occidental, que las náuseas de un habitante de la comunidad de los Arapesh de Nueva Guinea, donde no se reconoce la existencia de un feto hasta poco antes de su nacimiento (Drossman, 2016). Por lo tanto, la conceptualización de salud y enfermedad son correspondientes a la cultura y momento sociohistórico en el que se producen.

En busca de un nuevo modelo médico más holístico (ahora conocido como *sistemas*) el Dr. George Engel, internista y psicoanalista, propuso en la década del setenta un enfoque integrador para comprender los procesos de salud y enfermedad que se contraponía al modelo biomédico tradicional o reduccionista, antes mencionado, que se centraba exclusivamente en factores biológicos. Este autor desarrolló el modelo biopsicosocial que considera a la salud y a la enfermedad como el resultado de la interacción entre factores biológicos (la genética y las funciones corporales), psicológicos (creencias, conductas, emociones) y sociales (entorno familiar, socioeconómico y cultural) (Engel, 1977).

Por otra parte, James Lange y Cannon-Bard demostraron sus teorías de la relación entre las emociones y los síntomas gastrointestinales haciendo especial énfasis en la importancia de la medicina psicosomática en gastroenterología (Rodríguez, 2017). Estos autores indicaban la relación compleja y recíproca entre los procesos psicológicos y la generación de los síntomas, considerando como bidireccional a la interacción de la piquis al soma y del soma a la piquis (Van Oudenhove et al., 2010). No obstante, esta teoría de las emociones ha sido cuestionada desde otros marcos teóricos, como la neurociencia afectiva, por reducir las emociones solo a un subconjunto de funciones cognitivas (Panksepp, 2010).

Antonio Damasio y colaboradores profundizaron también en la teoría de las emociones de James Lange y en las bases neurobiológicas que intervienen en los mecanismos cerebrales, argumentando que “la mayoría de las regiones del cerebro involucradas en las emociones reciben información somática (incluidas las viscerales), lo que proporciona evidencia de un vínculo neurobiológico entre la sensación visceral y la emoción a nivel cerebral” (Van Oudenhove, 2008, p. 2). La depresión y trastornos de ansiedad también se encuentran vinculadas a estas mismas regiones. A partir de los estudios en la neurociencia sensorial visceral (también llamada entérica), Mayberg (2003) demostró que la entrada sensorial visceral se encuentra modulada por la activación de redes emocionales a nivel cerebral lo que daría evidencia del fuerte vínculo entre los

síntomas gastrointestinales y el procesamiento de las emociones en el cerebro. Años más tarde, la investigación centrada en los trastornos del eje intestino-cerebro fue profundizando aún más en la fisiopatología que subyace en este vínculo y los sistemas intervinientes, lo que se describe más adelante en este trabajo.

De acuerdo con Thompson et al. (2002) y Veitia et al. (2013), en 1818 gracias a Powel, se obtiene la primera descripción científica del SII, en la que se hace mención a los tres aspectos clínicos fundamentales del síndrome: el dolor abdominal, la alteración en la digestión y la flatulencia. Por otra parte, ya en 1830 Howship acuña el concepto de "estenosis espasmódica del colon" como posible mecanismo causante de las molestias (Blanco & Schneider, 2010).

Con relación a los antecedentes de criterios diagnósticos para un trastorno gastrointestinal funcional, los primeros utilizados fueron los creados por Manning y colaboradores 1978 (Thompson et al., 2002) y se describen a continuación.

Síndrome del intestino irritable:

- a) Dolor o malestar abdominal aliviado por la defecación.
- b) Cambios en la frecuencia de las deposiciones.
- c) Cambios en la consistencia de las deposiciones.
- d) Sensación de evacuación incompleta.
- e) Sensación de distensión abdominal o meteorismo.

Dispepsia funcional:

- a) Dolor o malestar epigástrico.
- b) Saciedad precoz.
- c) Plenitud posprandial.
- d) Náuseas o vómitos.

Con el objetivo de separar la enfermedad orgánica de la funcional, Krus y colaboradores (1984) incluyeron en estos criterios la presencia de síntomas durante al menos dos años, y la ausencia de anomalías al examen físico o analítico. Estos investigadores evidenciaron que “la duración de los síntomas, la carencia de hallazgos físicos y la normalidad en ciertos laboratorios, fueron predictivos de ausencia de enfermedad orgánica” (Blanco & Schneider, 2010, p. 9).

Como se mencionó anteriormente los TEIC se caracterizan por síntomas sin evidencia de enfermedad orgánica ni estructural que los justifiquen. Blanco & Schneider (2010) profundizan en la historia de estos trastornos y mencionan que la inspiración para lo que serían posteriormente los criterios Roma surgió después del doceavo Congreso

Internacional de Gastroenterología en la ciudad de Lisboa, donde se realizaron los primeros encuentros focalizados en el SII. En él se concluyó que cuatro años más tarde se llevarían a cabo en Roma, los primeros lineamientos para definir criterios diagnósticos de esta entidad clínica (Blanco & Schneider, 2012). De esta forma, en 1988, Drossman, Thompson, Kruis y otros autores referentes en la temática, abordaron los primeros lineamientos iniciales y después de este encuentro, en 1990, se presentó el Sistema de Clasificación de Roma para trastornos funcionales gastrointestinales, que incluía 21 entidades de todos los trastornos gastrointestinales funcionales y no únicamente el SII. Drossman, Thompson, Creed, Heaton y Mazzaca registraron en 1992 los criterios diagnósticos de los Trastornos digestivos funcionales bajo el nombre de Roma I, que fueron aplicables exclusivamente a adultos con síntomas gastrointestinales y en ausencia de un proceso orgánico que lo justificase. En 1994, a partir de un consenso multinacional, Drossman, Talley y Richter editaron el primer *Manual de trastornos funcionales gastrointestinales* (Bermejo et al., 2022).

A partir del primer Roma se publicaron tres manuales más hasta el Roma IV, en 2016. El objetivo detrás de los encuentros en Roma, consiste en lograr una aproximación diagnóstica adecuada de los TEIC para evitar el exceso de pruebas complementarias, la polifarmacia, ayudar al paciente y a su familia a la aceptación del diagnóstico y a comenzar un tratamiento integral, a pesar de la ausencia de una enfermedad orgánica. Los principios generales para un tratamiento eficaz se basan en un modelo integrado que tiene sus raíces en el modelo biopsicosocial de Engel y que articula la enfermedad desde una visión holística y multifactorial (Van Oudenhove et al., 2016).

Con el objetivo de llegar a un diagnóstico que no aliente a los médicos a devolver al paciente frases tales como “usted no tiene nada”, con la que se minimiza la enfermedad, estigmatizando y potenciando aún más el círculo patológico, es que la última clasificación de Roma IV reemplaza la nomenclatura anterior de *trastornos digestivos funcionales* por *trastornos del eje intestino-cerebro*. Esta decisión se apoya en la evidencia científica que ha ido en aumento respecto a la incidencia de la relación entre el sistema nervioso central y las funciones gastrointestinales (Karakan et al., 2021; Tobón et al., 2003), considerándose la interacción recíproca entre lo fisiológico y lo psicosocial (Drossman et al., 1999; Koloski et al., 2020).

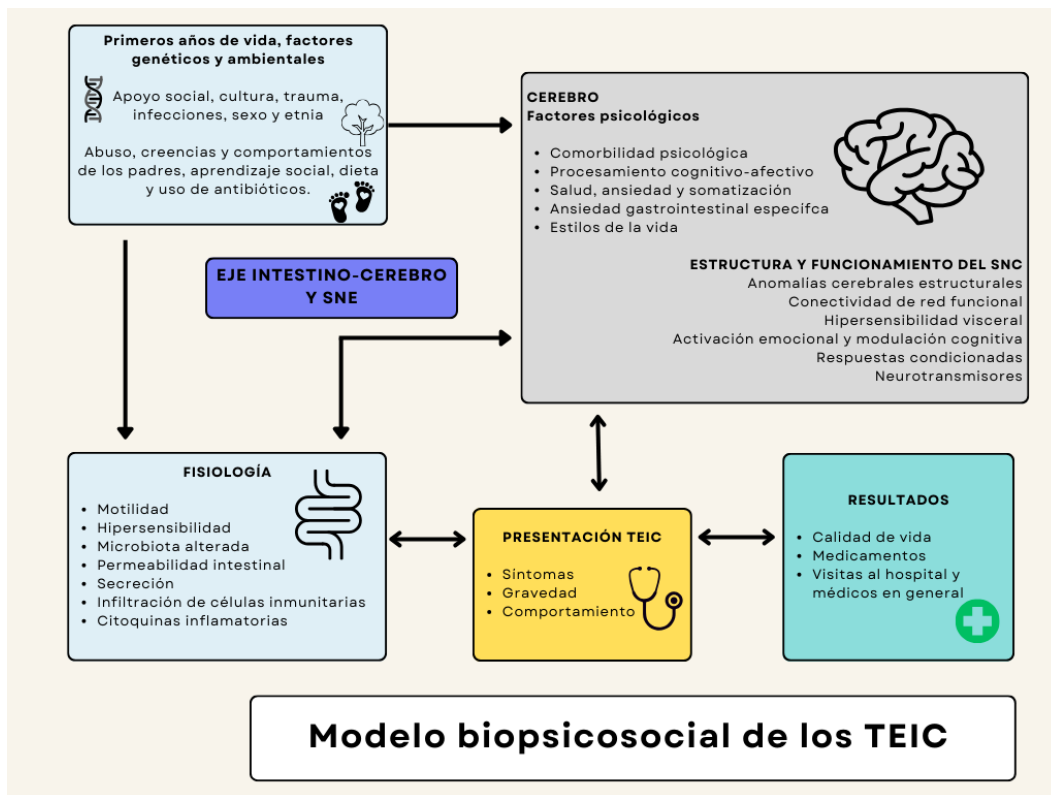


Figura 1. Modelo biopsicosocial de trastornos digestivos funcionales. Adaptado de Van Oudenhove y colegas en Black et al. (2020)

El modelo biopsicosocial de la etiopatogenia de los TEIC enfatiza la influencia de factores ambientales, psicológicos y biológicos que contribuyen al desarrollo y al mantenimiento de estos trastornos. El entorno, incluyendo a la familia del paciente y el contexto cultural, los propios rasgos psicológicos y la composición neurofisiológica del individuo, podrían incidir de forma circunstancial o permanente en las respuestas al estrés. Los primeros años de vida del individuo, la genética e influencias socioculturales y ambientales “pueden afectar el desarrollo psicosocial de una persona en términos de personalidad, susceptibilidad al estrés de la vida, estado psicológico y habilidades cognitivas y de afrontamiento” (Drossman, 2016, p. 11). Todos estos factores modifican las funciones digestivas, ya sea afectando la sensibilidad o motilidad intestinal, la función barrera, alterando la mucosa, a la microbiota intestinal y por consecuencia impactando en el sistema inmune. Este ecosistema microbiota-epitelio-sistema entérico e inmune será sensible a las perturbaciones en la alimentación, patógenos, prebióticos y probióticos, provocando respuestas en el sistema nervioso central (SNC). De aquí es que serán

necesarias estrategias de intervención en el intestino y periféricas para lograr un impacto en todo el sistema neurogastrointestinal.

El historial de traumas y comportamiento parentales en la infancia, podrían ser predictores del desarrollo posterior, en la etapa adulta, de un TEIC. Estudios comprobados en ratas, explican cómo los efectos del estrés en la vida temprana pueden afectar el funcionamiento del SNC así como al eje cerebro-intestino, al sistema inmunológico y a la microbiota (O'mahony et al., 2009). Otros estudios indican que uno de los factores precipitantes frecuentes en estos pacientes es el abuso sexual en la infancia (Wu, 2012). En la actualidad se demuestra que son factores condicionantes de la etiología de estos trastornos, el entorno social del individuo y sus experiencias vitales tempranas que también influyen en la expresión clínica de estos cuadros (Drossman, 2016).

Más allá del modelo biopsicosocial: PNIE y Neuropsicoanálisis

Lukas Van Oudenhove y Stefaan Cuypers (2014) establecen cierto resguardo en el debate en torno al problema “mente-cuerpo” y las implicaciones importantes para lograr métodos con status científico de los fundamentos conceptuales de la medicina psicosomática. Estos autores sostienen que el problema del modelo biopsicosocial de Engel (1982) es que no puede explicar ni conceptualmente ni empíricamente cómo es la naturaleza de estas relaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Desde este abordaje, la conceptualización de la enfermedad es que es producto de la interacción de estas tres áreas quedando como asumidas de antemano estas relaciones pudiendo contraer una postura dogmática. En contraparte, dichos autores plantean el modelo metafísico de sobreveniencia fisicalista no reduccionista como un “meta modelo” más explicativo y plausible sobre el que poder construir una medicina psicosomática justificada, sin adoptar una posición dualista y "respetando los principios fisicalistas de las ciencias naturales por un lado, mientras se reserva cierta autonomía para la psicología por el otro” (Van Oudenhove & Cuypers, 2014, p. 123). Por lo tanto, si bien el modelo biopsicosocial es el más aceptado mundialmente para el abordaje de los TEIC, puede que aún esté subdesarrollado como modelo científico adecuado.

A continuación se describen el marco teórico PNIE y el neuropsicoanálisis como otros modelos teóricos posibles para el abordaje de los TEIC.

Modelo de abordaje integrativo PNIE

Dentro de los modelos de comprensión del ser humano y de los procesos de salud enfermedad también se encuentra a la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) como

enfoque integrativo de funcionamiento en red. Si bien su cuerpo teórico aún se encuentra en desarrollo, la PNIE integra varias disciplinas: la psicología, neurociencias, inmunología y endocrinología. En palabras de Bonet (2011) la PNIE propone, a partir de una fisiología integral, un modelo sistémico del ser humano

(...) que los diferentes sistemas corporales se modulan entre sí, conformando un funcionamiento interactivo, en red; plantea la existencia de influencias recursivas entre los tres sistemas de comunicación más importantes: nervioso, endócrino, inmune y la mente, formando una red de trabajo funcional al servicio de la adaptación y la sobrevivencia de la especie (p. 23)

Desde este abordaje se consideran al sistema nervioso, endócrino e inmune como los principales sistemas que controlan la respuesta al estrés y que proporcionan información al organismo de forma bidireccional entre ellos, lo que se conoce como interacción psico-neuro-inmune-endócrina (PNIE). Estos tres sistemas se comunican compartiendo señales químicas y receptores. Las señales nerviosas son los neurotransmisores por ejemplo, adrenalina y noradrenalina; las señales endócrinas son las hormonas, mientras que las señales inmunes son las citoquinas o interleuquinas. De acuerdo a Bonet (2018), el cerebro recibe información, la decodifica y brinda respuestas nerviosas, endócrinas, inmunes y conductuales a través del sistema nervioso autónomo. Siguiendo a este autor, las emociones, los pensamientos y la conducta están relacionados al grado de activación de la red PNIE.

Las últimas investigaciones de los TEIC destacan la señalización bidireccional entre el tracto gastrointestinal y el sistema nervioso central. ¿Por qué bidireccional? Porque es de arriba (cerebro) hacia abajo (intestino) y de abajo (intestino) hacia arriba (cerebro). Un ejemplo de esta bidireccionalidad son las señales aferentes viscerales al cerebro como los síndromes de dolor abdominal, y la modulación de arriba hacia abajo como el estrés y las emociones. En este proceso también se alteran las funciones inmunitarias de barrera. Asimismo, parecería existir una comunicación bidireccional entre la microbiota intestinal y el cerebro.

Por lo tanto, el marco PNIE podría servir de comprensión para analizar la interrelación de los sistemas que se encuentran comprometidos en los trastornos del eje intestino-cerebro y cómo la modificación en uno de ellos produce alteraciones en toda la red PNIE.

Sistema nervioso entérico (SNE) ¿El segundo cerebro?

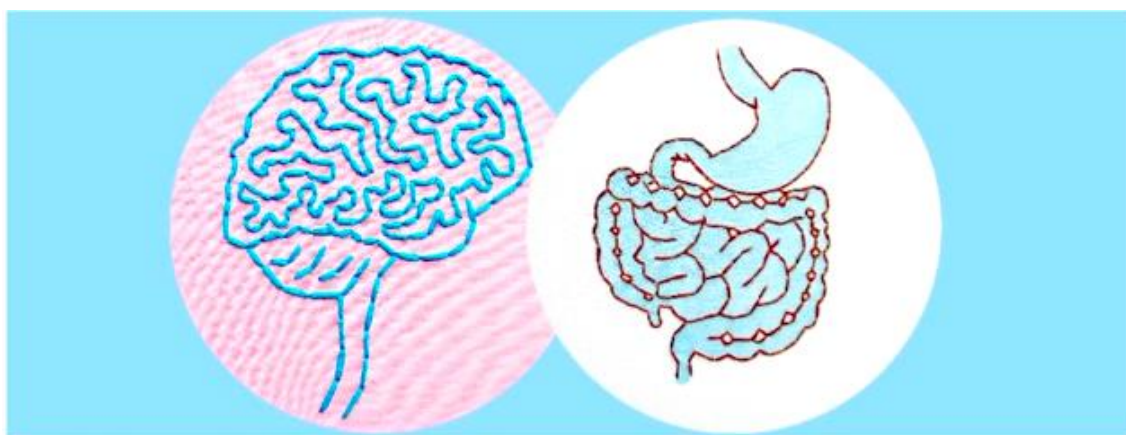


Figura 2. Vargas, David (2023), Posgrado online en Sistema Digestivo, *Sistema Nervioso Central (izquierda)* y *SNE (derecha)* extraída de: <https://edu.regenerahealth.com/postgrados/postgrado-en-sistema-digestivo/>

Si ahondamos en la comprensión del funcionamiento del eje intestino-cerebro, Van Oudenhove et al. (2016) lo destacan como un sistema de comunicación neurohumoral bidireccional entre cerebro e intestino a través de vías neurales aferentes (espinal y vagal) y “humorales” del sistema nervioso entérico.

Uno de los grandes avances científicos para comprender esta interacción entre el sistema nervioso y el sistema digestivo ocurrió con el descubrimiento del sistema nervioso entérico (SNE) en 1984 y de este surge la Neurogastroenterología (Wood, 1999). El SNE es llamado por algunos autores como “segundo cerebro” por su tamaño, complejidad y similitud en neurotransmisores y moléculas de señalización con el cerebro (Mukhtar et al., 2019). Se registran entre 200 y 600 millones de neuronas y células gliales en el SNE humano compuesto por dos plexos ganglionares, lo que equivale al número de neuronas en la médula espinal (Mayer, 2011). El SNE cumple un rol fundamental como regulador de la secreción, la función barrera, el movimiento de los líquidos, el flujo sanguíneo local, la motilidad intestinal y la interacción con los sistemas inmunológicos y endócrino del intestino (Abot et al., 2018). Michael Gershon y otros autores de la Neurogastroenterología, realizaron algunos estudios que indicarían que el 90 % de la serotonina se produce en el intestino, cuando se pensaba que este neurotransmisor correspondía solo al cerebro (Gershon, M. D. & Tack, J., 2007). Estos autores plantean que el SNE influye en una gran parte de las emociones y que de él depende el bienestar físico y emocional cotidiano. Las frases populares como “un nudo en el estómago”, “me cuesta digerir esta noticia”, “sos muy visceral”, tener “calambres en la panza” o hasta una diarrea en situaciones de estrés, responden a señales fisiológicas que reflejan un estado

nervioso que se percibe gracias a este centro neuronal presente en el SNE (Gershon, 1999; Romero, 2013).

Por otra parte, el eje de comunicación intestino-cerebro está controlado por el sistema límbico que recibe información del SNE a través del SNA y es modulado por áreas corticales superiores (Mukhtar et al., 2019). Este sistema de comunicación bidireccional es complejo y no sólo garantiza el mantenimiento de la homeostasis gastrointestinal y la digestión, sino que puede incidir en el afecto, la motivación y funciones cognitivas superiores como la toma de decisión intuitiva.

Eje intestino-cerebro-microbiota. Van Oudehove et al. (2016) también hacen énfasis en el papel de la microbiota intestinal (comunidad de microorganismos vivos residentes en el tubo digestivo) y su comunicación bidireccional con el cerebro. Ésta también interactúa con el sistema inmune, las células epiteliales, células del SNE y células enterocromafines entre otras, regulando el sistema digestivo y conectando con el SNC de forma aferente interoceptiva por moléculas y citoquinas. El sistema digestivo a través de señales endócrinas, citoquinas y el nervio vago se encargan de informar a nivel central de una alteración inmunológica. El nervio vago es el encargado de transmitir la información visceral al cerebro a través de vías parasimpáticas por vías sensoriales y motoras innervando a todo el intestino (excepto el colon distal, el recto y el esfínter anal interno).

Cuando el SNC recibe de forma aferente señales de peligro del sistema inmunológico, la respuesta neurológica será de activación de ejes de estrés (eje hipotálamo-pituitario-adrenal). A su vez ante situaciones de estrés, el SNC se comunica con el ecosistema intestinal por una vía descendente activando este eje HPA mediante glucocorticoides (cortisol) y al sistema nervioso autónomo por catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) impactando en todo el sistema gastrointestinal. Estos ejes de estrés generan mayor permeabilidad en la mucosa intestinal y en la mucosa inmune. A la inversa, el sistema entérico puede modificar el epitelio, alterando las funciones digestivas de secreción y motilidad (Mukhtar et al., 2019).

Surge entonces una nueva línea de investigación con la posibilidad de que la modulación de la microbiota intestinal humana se convierta en el objetivo de nuevas terapias para el estrés y los trastornos que se vinculan con el dolor, como el SII y la DF.

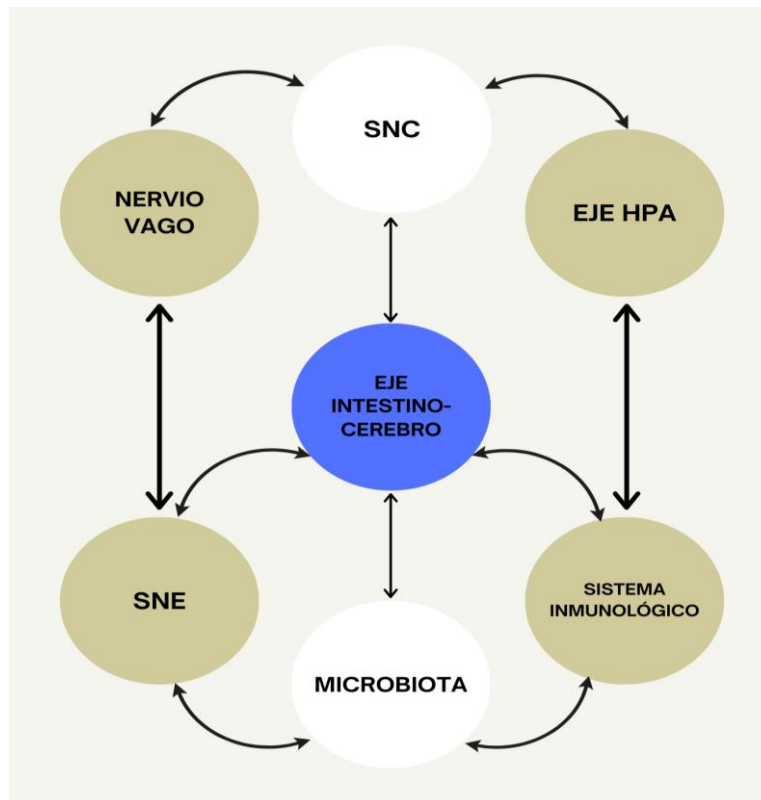


Figura 3. Representación esquemática de diferentes factores que modulan el eje intestino-cerebro. La microbiota y el SNC interactúan en una relación bidireccional unida por el eje intestino-cerebro. Este eje también está por el sistema inmunológico, el SNE, el eje HPA y el nervio vago (Mukhtar et al., 2019)

Alteraciones del eje HPA en los TEIC y PNIE

De acuerdo a Mukhtar et al. (2019) en Bermejo et al. (2021), la respuesta disfuncional del eje HPA, es clave en estos procesos de interacción intestino-cerebro. El eje HPA llamado “sistema motor emocional” o también conocido como el “sistema de hormonas del estrés”, puede alterar al sistema gastrointestinal en su función motora, inmunitaria o de barrera, y a su vez, influye en la señalización aferente visceral (Van Oudenhove et al., 2016). El “sistema motor emocional” consta de núcleos subcorticales claves del circuito de excitación emocional: hipotálamo, amígdala y sustancia gris periacueductal. La hormona liberadora de corticotropina (CRH) más conocida como cortisol, es liberada por el núcleo paraventricular del hipotálamo teniendo un impacto en la hipófisis anterior quien libera ACTH (adrenocorticotropina) que tienen un impacto en la glándulas suprarrenales que liberan el cortisol. Esta liberación de CRH podría afectar la motilidad y la sensibilidad del intestino, pero no se conoce aún si esto se debe a una respuesta primaria interna de este eje u ocurre debido a un estímulo externo. A mayor reacción al estrés, se incrementa la actividad del eje HPA y aumenta la CRH. La liberación del estrés ocurre por intermedio de mediadores de los mastocitos, histamina,

triptasa y serotonina, que desencadenan en una sensibilización de las neuronas nociceptivas aferentes llevando al paciente a una mayor percepción del dolor visceral (Wouters & Boeckxstaens, 2016). Por lo tanto, si el individuo se encuentra con un proceso de estrés crónico sostenido en el tiempo, esto conducirá a una alteración de todo el circuito neurogastrointestinal.

Es importante destacar la diferencia entre el estrés y la reacción al estrés. De acuerdo con Bonet (2018), el estrés es un concepto multidimensional que involucra a estresores, a los sistemas de procesamiento biológico y psicológico del estrés y a la reacción de estrés. Por otra parte, la reacción del estrés es la forma específica que un individuo responde y se adapta a distintas situaciones y estímulos, difiriendo entre los seres humanos este mecanismo de adaptación. “De acuerdo a como sea una respuesta generará efectos protectores o dañinos, como si fueran dos caras de la respuesta” (Bonet, 2018, p. 90).

Mukhtar et al. (2019), sugieren que estudios con roedores han demostrado que animales sometidos a estrés sufren cambios neuroquímicos a nivel cerebral en conjunto con una sensibilidad visceral aumentada. Estos autores también afirman que las mujeres con SII tienen una respuesta inmunitaria celular alterada frente a sujetos sanos, pero estas diferencias se explicarían por la ansiedad y la depresión comórbidas. Dinan et al. (2006), resaltan un estudio de pacientes con SII que tenían mayor respuesta a la CRH y mostraron niveles elevados de la hormona inflamatoria interleucina, específicamente la IL-6 e IL-8. Los registros más altos de estas hormonas se detectaron en el subgrupo de pacientes constipados. Otro estudio realizado por Videlock et al. (2009), muestra que consultantes con SII tenían una activación de respuesta del eje HPA y concluye que esta sobreestimulación se debía probablemente a eventos traumáticos comunes en esta población.

Más allá de todos estos estudios, Van Oudenhove et al. (2016) aclaran que la evidencia es aún limitada del registro de alteraciones sólidas en la función HPA en los TEIC. No obstante, algunos consultantes con SII pueden presentar una hiperactividad de este eje especialmente en condiciones estresantes, por lo tanto estos son algunos de los factores psicosociales donde podría intervenir la psicología.

Concluyendo con este marco de referencia, el tracto gastrointestinal y el SNC mantienen una comunicación bidireccional que está influenciada por el sistema nervioso autónomo, el sistema inmunológico, el eje HPA y la microbiota. Este eje intestino-cerebro-microbiota es un sistema complejo que desde una visión no reduccionista se

comprende como un sistema psiconeuroinmunoendocrino; un entramado relacional entre sistemas donde situaciones de estrés, el entorno, las vivencias tempranas y las emociones influyen en todo el ecosistema gastrointestinal. Por lo tanto el modelo PNIE, centrado en el funcionamiento en red del sistema nervioso central, el inmunológico y endócrino, se toma a modo de insumo para comprender cómo situaciones de estrés crónico, angustia y ansiedad contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los síntomas del TEIC, y así mismo cómo síntomas gastrointestinales aumentan síntomas de ansiedad y depresión por la comunicación bidireccional antes citada.

La psicósomática y el neuropsicoanálisis

La conexión entre la mente y las enfermedades físicas también ha sido abordada por otros marcos conceptuales como la psicósomática y el neuropsicoanálisis. La medicina psicósomática, cuyo primer inspirador fue Georg Groddeck seguido por Franz Alexander de la Escuela de Chicago y Pierre Marty de la Escuela de París, se ha centrado en el significado inconsciente de los trastornos orgánicos (Roudinesco y Plon, 1997). Desde este campo médico interdisciplinario han surgido varias escuelas con base psicoanalítica pero que aportan distintos enfoques, sobre todo en la interpretación que se realiza del síntoma. La Escuela Psicósomática de París, sostiene que la enfermedad somática es consecuencia de una estructura psicósomática que presenta fallas en la estructuración del preconscious y en la ineficacia de los mecanismos de defensa. Distinta es la concepción del psicoanalista argentino Luis Chiozza que no se refiere a enfermedades psicósomáticas, sino que sostiene que las enfermedades del cuerpo devienen por sentimientos inconscientes específicos, acercándose a una visión más freudiana respecto a la noción de sentido del síntoma, tomando la fantasía universal y específica de enfermedad. En su libro “Enfermedades y Afectos” (2001), Chiozza se interesa por el significado de las enfermedades en la vida de los pacientes, investigando a las fantasías inconscientes en los trastornos somáticos y proponiendo una biografía detrás de las diferentes enfermedades que alteran los órganos. Este abordaje se enfoca en la relación de los factores psicológicos y emocionales, y las enfermedades físicas o síntomas somáticos. Por lo tanto, en el caso de los TEIC podría ser una mirada diferente para entender cómo las emociones, los conflictos psicológicos, el estrés y otros procesos mentales pueden incidir en estas patologías.

Por otra parte, el neuropsicoanálisis es un enfoque que surgió a finales del siglo XX, buscando entender cómo la actividad cerebral y los procesos mentales se vinculan con los estados emocionales y psicológicos del individuo. Mientras que la psicósomática

se centra en la manifestación orgánica de los problemas emocionales, la autora Alejandra Sarmiento (2022) postula al neuropsicoanálisis como un nuevo método que permite una mirada más integradora para la comprensión del sistema nervioso central, de los procesos subjetivos y la afectividad del individuo. Con el objetivo de un abordaje más integral del ser humano, combina fundamentos del psicoanálisis y de la neurociencia para conocer las bases neurobiológicas de la experiencia mental, incluyendo las emociones y la psicopatología.

El neuropsicoanálisis es un marco interesante ya que profundiza en cómo los conceptos psicoanalíticos, los conflictos inconscientes y los mecanismos de defensa pueden tener correlatos a nivel neural y así mismo, cómo la actividad cerebral emocional influye en la experiencia mental y en la conducta. Investigaciones empíricas de la cognición y estudios de neuroimagen demuestran que la forma en que nos sentimos emocionalmente cambia nuestra experiencia corporal, así como también los cambios en el cuerpo transforman la forma en que nos sentimos emocionalmente (Blechner, 2011).

Por su parte, en línea con este último enfoque se encuentra la neurociencia afectiva, como rama de la neurociencia que se centra en el estudio de las emociones y los procesos afectivos en el cerebro. Este término fue acuñado por el psicólogo, psicobiólogo y neurocientífico Jaak Panksepp quien realiza una propuesta diferente a la teoría de las emociones de James-Lange, por considerarla reduccionista al entender a las emociones únicamente como un subconjunto de los procesos cognitivos. El cuestionamiento de este autor a la teoría de las emociones de Lange, se basa en que las experiencias emocionales no devienen después de que son “leídas” por procesos cognitivos de funciones cerebrales superiores (procesos terciarios y funciones de conciencia), sino que provienen de procesos primarios básicos que tienen lugar en regiones subneocorticales. En sus teorías Panksepp (1998, 2010) refiere concretamente a sistemas emocionales y menciona siete (*Seeking/Búsqueda, Rage/Rabia, Fear/Miedo, Grief/Pánico, Care/Cuidado, Play/Juego y Lust/Sexual*), a través de los cuales las personas nos ponemos en acción para cualquier cosa que hagamos para satisfacer las necesidades claves de supervivencia. Si lo vinculamos con el psicoanálisis, se podría decir que el modo de operar de estos sistemas son la base de motivaciones básicas a las que Freud denominó en su momento como pulsiones, vinculadas al sistema límbico y a la regulación de alerta y motivación para la acción (Solms, 2006).

Las ideas de Robert Zajonc (1980) también son interesantes, ya que propone que toda experiencia a nivel consciente es en primer lugar afectiva y que nuestra interacción

con el mundo exterior es necesariamente mediada por valoraciones implícitas realizadas a través de los sistemas emocionales de la conciencia central. Lo que sentimos, ahora en este momento, las emociones son de orden implícito, forman parte de la conciencia central que informa el estado actual *self corporal* en contraste con lo que sucede en el mundo exterior (Solms, 2006). Esto le otorga un nivel jerárquico emocional a todos los procesos mentales. En esta línea, si toda experiencia posee un significado emocional, entonces los procesos afectivos serían básicos para la actividad de la conciencia explícita.

Douglas Watt (1999 y 2000) y Jaak Panksepp (1998 y 2010) postulan que la emoción debería ser el cimiento y uno de los organizadores de cualquier experiencia consciente. Por lo que el funcionamiento visceral es un regulador para la comprensión del mundo interior de las experiencias subjetivas (Solms, 2006). La información que proviene del sistema límbico formaría los cimientos de nuestras motivaciones (pulsiones) que se manifiestan por medio de las emociones. Las emociones entonces estarían formadas por nuestros sentimientos, estados de ánimo y conductas, en el que intervienen activamente el sistema nervioso autónomo, sistema entérico, sistema límbico y el sistema inmunológico.

En definitiva, tanto la psicósomática como el neuropsicoanálisis enfatizan en el estrés y en las emociones vinculadas a los procesos de enfermedad. La primera sugiere que el estrés crónico y estados emocionales inconscientes pueden desencadenar somatizaciones y afectar la salud física, mientras que el segundo abordaje se enfoca en cómo los sistemas emocionales podrían modular la actividad de los circuitos neurales cerebrales y causar problemas de salud. Ambos marcos proporcionan interesantes conceptos para trabajar los factores psicosociales presentes en los trastornos del eje intestino-cerebro.

Trastornos gastrointestinales, diagnóstico diferencial, clasificación Roma IV

Por definición, en los TEIC no existe evidencia de anomalía estructural, por lo que Drossman y colaboradores en el último Roma IV, adaptan la base del modelo biopsicosocial de Engel y los definen como desregulaciones bidireccionales y complejas del eje intestino-cerebro. La hipersensibilidad visceral, una motilidad gastrointestinal anormal y trastornos psicológicos podrían ser factores de riesgo en los TEIC.

De acuerdo con Drossman (2016), dentro de las áreas que aborda la gastroenterología se debe diferenciar entre un trastorno orgánico, un trastorno de motilidad y un trastorno gastrointestinal funcional (trastorno del eje intestino-cerebro).

- Los *trastornos orgánicos* como la enfermedad inflamatoria intestinal o la esofagitis, se clasifican por la morfología de órganos y existe una enfermedad por una alteración estructural o una patología a nivel micro o macro.
- Un *trastorno de motilidad* como la pseudoobstrucción o gastroparesia se clasifica en términos de una alteración de un órgano y su función. Se refiere a una dismotilidad persistente o recurrente que se reconoce como entidad clínica.
- Un *trastorno gastrointestinal funcional* como la DF o el SII se vincula a la interpretación del paciente de sus síntomas y de su experiencia de enfermedad.

Siguiendo a este autor, un síntoma es un cambio experiencial en el cuerpo que el paciente lo vive como algo diferente y que le causa malestar. Agrega que:

El síndrome en tanto es una combinación de síntomas y signos clínicamente reconocibles que ocurren juntos para definir una entidad clínica. Un trastorno gastrointestinal funcional es un síndrome basado en síntomas que se agrupan y se diagnostican según criterios Roma (Drossman, 2006, p. 5).

Por lo tanto, si bien en un TEIC puede haber hallazgos patológicos de células inflamatorias en la lámina del intestino así como alteración de la motilidad, esto no define por sí solo a estos trastornos sino que los criterios se basan específicamente en un conjunto de síntomas gastrointestinales. Un TEIC es un síndrome que se ubica mayormente en el Trastorno de sensibilidad y dentro de ellos los más frecuentes son: el síndrome de intestino irritable (SII) y la dispepsia funcional (DF).

Clasificación Roma IV

Los nuevos criterios Roma IV definen a los TEIC como un grupo de trastornos clasificados en función de una combinación de síntomas que pueden afectar a cualquier parte del tracto digestivo (Drossman & Hasler, 2016). Se considera que para su diagnóstico se necesita una evaluación médica adecuada que determine que los síntomas no pueden atribuirse a otra condición orgánica. Los nuevos criterios Roma IV se establecen con base en los estudios de prevalencia realizados utilizando los criterios Roma III y en el mayor conocimiento de la etiopatogenia (Alonso Bermejo et al., 2022).

Clasificación actual en ocho categorías:

A) Trastornos esofágicos B) Trastornos funcionales gastroduodenales (Dispepsia funcional) C) Trastornos funcionales intestinales (Síndrome de intestino irritable) D) Dolor gastrointestinal de los trastornos mediados centralmente E) Trastornos del esfínter

de Oddi y de la vesícula biliar F) Trastornos anorrectales G) Trastornos funcionales gastrointestinales de la infancia y Trastornos funcionales gastrointestinales de la adolescencia

En atención médica primaria, el 50 % de las personas que consultan por sintomatología gastrointestinal tiene un TEIC, siendo el SII el problema más común (Horwitz y Fisher, 2001).

Para los autores del Roma IV, esta nueva definición de trastornos del eje intestino-cerebro es más consistente ya que explica mejor la evolución de los múltiples procesos fisiopatológicos que pueden determinar las características de los síntomas de los TEIC. Además este cambio de nomenclatura refleja el hecho de que el término “funcional” es inespecífico y por consecuencia los consultantes podrían sentirse estigmatizados por una “etiqueta diagnóstica” que se considera como menos legítima o importante que una enfermedad orgánica, a pesar que a menudo los síntomas son casi idénticos, por lo que es fundamental que el médico realice el diagnóstico diferencial (Black et al., 2020).

Para ampliar la información de la clasificación y sintomatología se sugiere la lectura del Manual de Trastornos del Eje Intestino-Cerebro Roma IV (Drossman & Hasler., 2016) y Trastornos gastrointestinales funcionales: avances en su comprensión y manejo (Black et al., 2020).

Sintomatología

Los trastornos del eje intestino-cerebro contemplan los siguientes síntomas gastrointestinales asociados a cualquiera de estas combinaciones:

- Alteración de la motilidad
- Hipersensibilidad visceral
- Mucosa alterada y función inmune
- Procesamiento alterado en el sistema nervioso central

Los síntomas más comunes descritos por los pacientes incluyen: dolor abdominal, dispepsia, distensión abdominal, diarrea o estreñimiento, incontinencia, regurgitación, náuseas, problemas de digestión post alimentación o una combinación de cualquiera de estos síntomas. Un TEIC puede conducir a la persona a un síndrome de fatiga y mantenimiento de los síntomas de forma crónica, es decir, sostenida en el tiempo.

La mayoría de los consultantes con SII y DF tienen síntomas relacionados con las comidas. Ciertos componentes en la alimentación, una microbiota alterada como ya se mencionó anteriormente, pueden derivar en la presencia de antígenos en el intestino

superior, activando el sistema inmunitario y la cascada de la enfermedad. En otros casos, una respuesta al estrés puede ser el proceso primario de la enfermedad que altera la función intestinal a través del eje HPA, también antes explicado (Black et al., 2020).

Las personas diagnosticadas con un TEIC, además de los síntomas gastrointestinales, pueden presentar otros síntomas coexistentes como estrés, ansiedad y depresión. Esta comorbilidad psicológica es común, pero lo que aún no está claro si esto es anterior a los síntomas o si es impulsado por ellos (Black et al., 2020). Aunque la gravedad de estos trastornos existe en un continuo, Drossman & Hasler (2016) discriminan entre sintomatología leve, moderada y severa basándose en este índice de gravedad para la planificación del tratamiento (Ver Anexo 2).

TEIC: una patología multifactorial

Como se mencionó anteriormente, existe una multicausalidad y complejas interrelaciones en los trastornos del eje intestino-cerebro que pueden variar entre individuos y que no se justifican por concepciones biologicistas o razones fisiopatológicas reduccionistas. También juegan un papel preponderante la incidencia de los factores psicosociales, tanto en su génesis como desarrollo y pronóstico (Van Oudenhove et al., 2106).

En la última clasificación Roma IV se denominan a los trastornos digestivos funcionales como “trastornos del eje cerebro-intestino” entrando en juego varios factores: predisposición genética, disfunción inmunológica, alteración del eje hipotálamico-hipofisario-adrenal, alteraciones menores de la motilidad gastrointestinal, hipersensibilidad visceral, estrés psicológico, eventos traumáticos en la infancia, personalidad del individuo, distintos umbrales del dolor, entre otros (Klem et al. 2017; Mayer, 2011; Wouters et al. 2016).

Factores fisiológicos

Una variedad de procesos fisiológicos pueden conducir a síntomas gastrointestinales pero cuando su sintomatología se hace perdurable en el tiempo y se vuelve crónico, se presenta el cuadro clínico de un TEIC. A continuación se detallan los factores fisiológicos que más se resaltan en la bibliografía de referencia:

Incidencia de la genética: dentro de las variantes genéticas, se destaca el polimorfismo de un solo nucleótido (SNP) en genes implicados en la función neuronal, en la función barrera de la mucosa y en la regulación inmunitaria (D’Amato, 2013).

Microbiota alterada (disbiosis): Wouters et al. (2016) destacan la importancia de la microbiota intestinal, ya que la creciente evidencia muestra que el estado de ésta es capaz de modular el eje cerebro-intestino, lo que puede derivar en ansiedad y depresión. Aunque la composición exacta de la microbiota varía entre los seres humanos, juega un papel fundamental en la función de homeostasis, en el mantenimiento de la inmunidad y contra la protección de microorganismos patógenos (Mukhtar et al., 2019). No obstante, se necesita mayor investigación para comprender la incidencia de la flora bacteriana en la patogénesis de los TEIC.

Motilidad anormal: la motilidad gastrointestinal se refiere al conjunto de movimientos que hacen posible el tránsito de los alimentos desde la boca hasta el ano. En los TEIC se observaría una motilidad gastrointestinal alterada, que puede generar diversos síntomas como náuseas, vómitos, dolor abdominal agudo, incontinencia, diarrea, entre otros (Drossman, 2016). Situaciones de estrés, así como emociones de irritabilidad y angustia, provocarían una dismotilidad en el tracto gastrointestinal. Este autor asegura que consultantes con TEIC tienen una respuesta de motilidad mayor debido a estrés crónico, en comparación con sujetos sanos. De todas formas estas respuestas motoras, se correlacionan en parte con los síntomas y no serían suficientes para el dolor abdominal.

Hipersensibilidad visceral: uno de los factores más importantes en la génesis de los síntomas es la alteración de la sensibilidad visceral de cualquier parte del tubo digestivo, acarreado una intolerancia a estímulos fisiológicos normales como es la ingesta de alimentos. La escasa asociación del dolor con la motilidad se explica mejor por el concepto de hipersensibilidad visceral, es decir al aumento de la sensibilidad de los órganos internos. Las personas que padecen un TEIC tienen un umbral del dolor más bajo que sujetos sin esta patología. Esta hiperalgesia visceral, con la sensación de malestar o dolor, puede amplificarse en todo el eje intestino-cerebro (Drossman, 2016). Van Oudenhove et al. (2016) indican que cada vez es más clara la influencia de los procesos psicológicos y factores psicosociales que podrían explicar la sensibilidad perceptiva visceral.

Procesamiento alterado de señales viscerales: existe evidencia de una mayor activación de ciertas áreas cerebrales en pacientes con SII en comparación con sujetos normales. El procesamiento alterado del dolor visceral en el SNC ha sido un tema recurrente en varias investigaciones (Lemann et al., 1991, Mertz et al. 2000 , Mukhtar et al., 2019).

Alteración de las secreciones mucosas: la secreción se encuentra modulada por la interacción compleja de factores intrínsecos y extrínsecos que actúan sobre la mucosa intestinal. La desregulación de las células epiteliales, por la reactividad autonómica, puede conducir a la liberación de 5-HT que contribuye a la alteración de la secreción mucosa (Mazmanian et al., 2008; Xue et al., 2007 ; Mukthar et al., 2019).

Desregulación inmune, inflamación y disfunción de la barrera: estudios en SII muestran una permeabilidad en la membrana, una mucosa intestinal alterada e inflamación sistémica de bajo grado. Estas alteraciones, aunque no han sido confirmadas en todos los estudios, podrían estar relacionadas con hipersensibilidad visceral y niveles diferentes de percepción del dolor. Investigaciones en animales demostraron la influencia del estrés en la permeabilidad colónica, así como inflamación mucosa y sistémica que está mediada por el eje SNA y la activación del eje HPA. La comorbilidad psicológica o eventos vitales estresantes pueden llevar a una gastroenteritis aguda a la vez que predicen el desarrollo de una enfermedad de SII postinfeccioso (Van Oudenhove et al., 2016).

Alimentación y dieta: Si bien existen investigaciones que relacionan la incidencia de los alimentos y la dieta con los TEIC y la composición de la microbiota intestinal, Drossman (2016) indica que ninguna dieta tiene un valor específico y el tratamiento debe ser personalizado. Se necesitan más estudios para determinar los subgrupos de consultantes que serían más propensos a responder favorablemente a las alteraciones en la dieta. Otra área de investigación estaría relacionada con los factores intraluminales además de alimentos mal digeridos dentro de la función intestinal (ampliar si se desea en Drossman, 2016).

Factores psicosociales

Los factores psicosociales no son necesarios para el diagnóstico de un TEIC, no obstante, desde el modelo biopsicosocial de Drossman y colaboradores, estos son tenidos en cuenta porque influyen en el funcionamiento fisiológico del tracto gastrointestinal a través del eje intestino-cerebro alterando la motilidad, la sensibilidad y la función barrera. Asimismo, son moduladores de los síntomas del paciente y de las experiencias de dolor. Los factores psicológicos se encuentran estrechamente ligados a las enfermedades digestivas como SII y la DF, por lo tanto cuanto antes se actúe en los problemas de índole psicológico, mejor resulta el pronóstico (Jia et al., 2017).

También se ha demostrado que los factores psicosociales son determinantes del uso de medicación, de demandas recurrentes de atención médica, de estudios innecesarios, altos costos institucionales y ausentismo laboral (Veitia et al., 2013).

Asociación entre los síntomas de ansiedad, depresión, somatización con síntomas GI y comorbilidad con otros trastornos psicológicos

Koloski et al. (2020) afirman que si bien los trastornos psicológicos no forman parte de la clasificación Roma para un trastorno del eje intestino-cerebro, existe creciente evidencia de estudios longitudinales que sugieren que podría existir un vínculo causal entre la angustia y los trastornos del eje intestino-cerebro. La revisión de estos autores evalúa si la depresión y/o ansiedad y los TEIC están relacionados causalmente y sostienen que existe evidencia que la angustia no es sólo una comorbilidad sino una parte integral de la manifestación de este tipo de trastornos y que en muchos casos ocurre directamente debido a alteraciones del tracto intestinal. Estos estudios epidemiológicos sugieren que el 50 % de los casos de consultantes con este diagnóstico, comienzan con angustia seguida por síntomas gastrointestinales, mientras que en el otro 50 %, ocurre primero la disfunción intestinal y luego devienen estados de angustia (Black et al., 2020). Los trastornos psiquiátricos comórbidos como la depresión mayor, ansiedad y trastornos de somatización son muy prevalentes en estos pacientes. Wouters & Boeckxstaens (2016) indican que existe evidencia del 50-94 % de algún tipo de estos trastornos cuando tienen SII.

De acuerdo con Van Oudenhove et al. (2016), la superposición entre depresión y un TEIC es del entorno del 30 % en atención primaria y un poco más alta en la atención terciaria. Para estos autores, la ansiedad y depresión comórbidas son predictores independientes de un SII postinfeccioso o una DF, pero también ocurren como consecuencia de la disfunción gastrointestinal y el deterioro de la calidad de vida relacionado. Entonces que no exista una comorbilidad psiquiátrica diagnosticada, no excluye de procesos cognitivos y afectivos disfuncionales que se derivan de estas patologías. Dentro de estos se resaltan: la ansiedad por la salud gastrointestinal persistente, la ansiedad específica de los síntomas, el sesgo atencional, la hipervigilancia de los síntomas y el catastrofismo. Todos estos son objetivo de tratamiento importante con psicoterapia.

La ansiedad por enfermedad, es una tendencia a preocuparse por los síntomas corporales del presente y futuros, antes conocida como hipocondriasis. Suelen buscar

información sobre todo lo que les está ocurriendo, no se tranquilizan fácilmente y les cuesta aceptar las respuestas de los especialistas en torno a su padecimiento. La ansiedad específica de los síntomas, se manifiesta a través de una preocupación excesiva en torno a estos y por la creencia arraigada de que las sensaciones gastrointestinales pueden ser dañinas o tendrán consecuencias negativas. La hipervigilancia de los síntomas, consiste en un sesgo atencional y una tendencia a la rumiación constante a modo de recordatorio. En relación con esto último, algunos estudios demuestran que consultantes con SII tienen un mayor recordatorio de las palabras de dolor y de las palabras gastrointestinales, que se acompaña con un bajo umbral al dolor, en comparación con sujetos sanos. Y por último el catastrofismo, como proceso cognitivo en el que el individuo magnifica la gravedad de los síntomas y las consecuencias, al mismo tiempo que se siente indefenso (Van Oudenhove et al., 2016).

En definitiva, las características antes citadas suelen aumentar la sintomatología de los TEIC y se constituyen como factor de riesgo en algunos casos ya que afecta negativamente las relaciones interpersonales y a su calidad de vida, por la intensa preocupación que sienten a diario, el sufrimiento y cierto grado de discapacidad. El paciente se puede ver inmerso en un ciclo vicioso de ansiedad que se reproduce continuamente en conjunto con los síntomas y deriva en peores resultados en los tratamientos (Wouters & Boeckxstaens, 2016).

La ansiedad es la comorbilidad psiquiátrica más común y ocurre entre un 30 % y 50 % en los TEIC (Drossman, 2016). Puede encontrarse presente al inicio o perpetuar los síntomas comunes de estas patologías por medio de la activación autonómica aumentada (respuesta al estrés) y a nivel de activaciones de las regiones cerebrales, influyendo en la sensibilidad gastrointestinal, en la función motora, la hipervigilancia al cuerpo y la capacidad de tolerar la incomodidad. Además, la ansiedad produciría una alteración del sistema inmunitario intestinal. Un estudio llevado a cabo por el grupo de Wouters & Boeckxstaens (2016), reveló que las personas con puntajes de ansiedad elevados tienen un mayor riesgo de desarrollar SII postinfeccioso. Estos autores afirman que los factores psicológicos como la ansiedad, crisis de pánico, la depresión, somatización y estrés post traumático suelen preceder o exacerbar los síntomas de los TEIC.

Si bien en la 5ta edición del DSM 5 se descartó la somatización como categoría diagnóstica, los síntomas somáticos con o sin explicación médica, son angustiantes e incapacitantes en estos pacientes con trastornos digestivos funcionales, porque se asocian con pensamientos, emociones y comportamientos excesivos y desproporcionados de la

enfermedad. Por ejemplo, se observa la preocupación excesiva por la alimentación, la hipervigilancia del estado corporal e hipocondriasis que influyen en los síntomas gastrointestinales. En el caso de la DF, la somatización se encontró asociada a procesos sensoriomotores gastrointestinales, como sensibilidad y vaciado gástrico, y a una calidad de vida deteriorada (Van Oudenhove et al., 2011). Otro estudio apunta a que la somatización es la psicopatología más frecuente en una muestra amplia de pacientes con SII y no tanto la depresión o ansiedad (Patel et al., 2015). Whitehead et al. (1994) desde el marco referencial de la psicósomática, revelan que patrones de somatización y demanda de atención médica podrían aprenderse durante la niñez.

La ideación suicida también se encuentra presente entre el 15 % y el 38 % de los consultantes con SII, a la vez que se ha relacionado la desesperanza con la gravedad de los síntomas, la baja calidad de vida, la adecuación del tratamiento, el compromiso y resultados deficientes (Drossman, 2016).

Las personas con SII que buscan atención médica suelen tener sintomatología más grave, más ansiedad y depresión que aquellos con sintomatología leve. También es menos probable que identifiquen una relación entre el estrés y los síntomas del SII. Se han reportado algunas creencias en estos pacientes que consideran que sus síntomas pueden deberse a una enfermedad grave o cáncer intestinal, descartando en algunos casos otra información brindada por el médico que contradiga esas creencias (Drossman et al., 1999). Es por ello, que resulta importante la derivación a psicoterapia para trabajar estas creencias de salud y enfermedad.

Más allá de estas cuestiones fisiológicas encontradas, resulta importante destacar cómo la expresión del dolor varía según la cultura al igual que la concepción de enfermedad. En China, es común que se reporten casos de distensión abdominal; en tanto en México la diarrea es muy prevalente y es posible que no se considere una enfermedad que requiera visitas médicas. Por lo tanto, lo que es considerado una sintomatología que necesite la atención médica en algunas partes del mundo, en otras es visto como innecesario. Esto se vincula a la percepción de procesos de enfermedad en congruencia con cada sociedad y tiempo, como ya se profundizó en la historización de los marcos teóricos (Drossman, 2016).

Personalidad con rasgos característicos

La personalidad es una organización psicobiológica estable compuesta por pensamientos, sentimientos y conductas que distinguen y orientan a la persona en

interacción consigo misma y su entorno (Phares, 1988). Esta modula el empleo de estrategias de afrontamiento para las demandas psicosociales, influyendo en el grado de adaptación y en la salud mental. Desde una mirada más cognitiva-conductual, Tobón et al. (2005) indican que se han hallado rasgos de neuroticismo en personas con DF, relacionados con una adaptación deficiente y con un empleo de estrategias no enfocadas en el problema. Por su parte, Drossman et al. (1988) señalan que consultantes con SII que buscan asistencia médica, muestran más rasgos desadaptativos de personalidad, conductas de enfermedad aprendidas en la infancia y un desarrollo de estrategias de afrontamiento ineficaces.

Estresores ambientales en la infancia y vida adulta

De acuerdo a Wouters & Boeckxstaens (2016), los factores estresantes contribuyen al inicio y curso de los TEIC mediante mecanismos que involucran la regulación del sistema inmunológico y el procesamiento cerebral que se activa por las señales nociceptivas aferentes. Se han relacionado también las experiencias tempranas adversas con el estrés psicológico, que juegan un papel importante en la etiopatogenia de los TEIC. En este orden, un historial de traumas conduciría a cambios moleculares en forma de modificaciones epigenéticas del ADN lo que puede desencadenar enfermedades. El abuso físico, emocional y sexual, está relacionado con el desarrollo de SII y DF en la vida adulta y con la gravedad de estas patologías. Individuos que reportan abuso en etapas tempranas tienen una tendencia a comunicar angustia psicológica a través de síntomas físicos (Drossman et al., 1999).

El desarrollo de un SII, no así de DF, se encuentra asociado a vivencias tempranas con el núcleo familiar en la infancia, como corto período de amamantamiento, compartir un cuarto, haber estado expuesto a mascotas herbívoras y factores de higiene (Koloski et al., 2015).

El inicio de un TEIC se ha vinculado también con eventos estresantes en la vida adulta, donde se observan las rupturas de una relación íntima como un factor desencadenante. Un estudio revela que dos tercios de los consultantes habían experimentado tal evento (Van Oudenhove et al., 2016). Siguiendo a estos autores, estudios prospectivos han demostrado que la experiencia de eventos estresantes de la vida se asocia a la exacerbación de los síntomas y a una búsqueda frecuente de atención médica entre adultos con SII. El estrés vital crónico es el principal predictor de la intensidad de

los síntomas de SII durante 16 meses, incluso después de haber iniciado el tratamiento correspondiente.

Apoyo social y familiar

El apoyo social y el entorno familiar, se consideran como factores incidentes tanto en el desarrollo como en la gravedad de los síntomas. Varios estudios coinciden que pacientes con SII informan del valor del apoyo social y familiar para superar la enfermedad, sobre todo en la reducción de los síntomas de estrés (Van Oudenhove et al., 2016). Un paciente involucrado en su tratamiento, una familia que aborda la enfermedad de forma adaptativa atendiendo sus preocupaciones, tanto fisiológicas como psicosociales, pueden reducir el impacto de la experiencia de la enfermedad incrementando el bienestar general de la persona. Por el contrario, aquellas personas que no encuentran un sostén emocional adaptativo o con vínculos deficitarios, tendrían peores resultados en su tratamiento (Drossman, 2016). Estas mismas investigaciones indican que una buena triangulación *médico-paciente-familia* mejora significativamente su sintomatología y su calidad de vida.

Consecuencias psicosociales

Como cualquier enfermedad crónica, un TEIC puede tener consecuencias psicosociales sobre el bienestar general y en el estado funcional diario, tanto en su ámbito familiar, laboral y social, lo que se traduce en la afectación de su calidad de vida. Los estados de angustia, de ansiedad y pensamientos desadaptativos, sentimientos de impotencia y baja autoestima, pueden retroalimentarse perpetuando o amplificando los síntomas (Drossman, 2016).

Por lo tanto, para un tratamiento integral, completo y con mejores resultados en el tiempo, resulta fundamental integrar no solo los componentes biológicos, sino también los factores psicológicos y la vida del paciente, como su entorno afectivo, laboral, social, así como los eventos importantes que pueden estar incidiendo en el presente.

Tratamientos de abordaje médico

“No es posible curar si no hay relación humana que comprenda, que oriente y aconseje, todo lo cual es labor de alta jerarquía que jamás, ninguna máquina electrónica podrá realizar, por muy adelantada que se la considere”. Carlos Vejar Lacave - Psicoterapia en el enfermo digestivo (1966)

Gastroenterología conductual: una intervención en estilos de vida

Uno de los tratamientos hallados como emergentes para la prevención y acción de enfermedades gastrointestinales es la llamada gastroenterología conductual. Es una nueva ciencia interdisciplinaria que explora la influencia de los estilos de vida poco saludables y los factores psicológicos que intervienen en el sistema digestivo. Su objetivo consiste en modificar la concepción de centrarse únicamente en los medicamentos y en cirugías tradicionales, poniendo en el centro un nuevo paradigma que intervenga ajustando estilos de vida poco saludables e integrando a profesionales de la salud mental para el tratamiento de los factores psicológicos asociados. Este tipo de abordajes se basa en la medicina tradicional china que otorga gran importancia a los estilos de vida, como una dieta adecuada, ejercicio físico en la rutina diaria, intervenciones en el comportamiento laboral, en el sueño y el descanso (Jia et al., 2017).

Comportamiento vinculado a la dieta

En cuanto a la dieta, se ha encontrado que el consumo de ciertos alimentos se encuentra relacionado con las enfermedades digestivas al igual que los hábitos vinculados a las comidas. La mayoría de los consultantes con SII (84 %) reportan síntomas relacionados con las comidas, reacciones a alimentos específicos como la leche y derivados, y a determinadas frutas frescas (Böhn et al., 2013). La harina, los lácteos, el nabo, la panceta, la banana y la cebolla son alimentos que influirían en la sintomatología de la DF (Filipović et al., 2011). También se han hallado complicaciones derivadas de ingestas rápidas, por ejemplo, comer en 12 minutos o menos ha sido reportado por el 40 % de los pacientes con DF en comparación con el 17 % de los consultantes sanos. Un estudio en China reveló que las personas con DF refractaria tienen, a menudo, hábitos poco saludables, como saltarse comidas, realizar comidas adicionales, ingerir alimentos a pesar de sentir saciedad y a un consumo excesivo de dulces, lo cual deriva en el aumento de gases (Jiang et al., 2014).

Una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables, más conocida como FODMAP, se ha utilizado con buenos resultados para el manejo de los síntomas gastrointestinales funcionales del SII. Eswaran et al. (2016), sugieren que esta dieta conduce a la mejora significativa de los síntomas del SII como el dolor y la hinchazón.

Estudios que implementaron ajustes en el estilo de vida, como no inclinarse durante las dos o tres horas posteriores a una comida, incluir más ingestas al día pero

menos cantidad de alimentos, alimentarse de forma lenta y consciente, más una dieta baja en grasas, disminuye la frecuencia y gravedad de los síntomas de las enfermedades gastrointestinales funcionales (Nowak et al., 2006; Jiang et al., 2014).

Otros estudios revelaron que el tabaquismo aumenta la sintomatología en la DF, así como el consumo de bebidas alcohólicas que daña la mucosa del esófago y estómago, perjudicando la motilidad intestinal y alterando la producción de ácido gástrico (Esmailzadeh et al., 2014; Rocco et al., 2014).

Comportamiento vinculado al ejercicio físico

El ejercicio físico es una de las indicaciones apropiadas porque se ha demostrado como beneficioso para la mejoría de los síntomas de un TEIC y como modulador del estrés. De Schryver et al. (2005) encontraron que la actividad física regular, como realizar una caminata rápida durante 30 minutos y alguna planificación de salida familiar, podría mejorar significativamente los problemas de estreñimiento.

Comportamiento vinculado al sueño

El comportamiento del sueño también es un factor a intervenir ya que suele ser desorganizado en estos consultantes. Fass et al. (2000) informaron que la mitad de los pacientes que se estudiaron con SII, sufrían trastornos del sueño, como despertarse repentinamente o con falta de energía durante la mañana. Su estudio demostró que la mala calidad de sueño disminuye el umbral de dolor visceral y que los trastornos del sueño pueden inducir y agravar los síntomas del cuadro (Jiang et al., 2014). También se ha registrado, que los trastornos de sueño se encuentran asociados con la gravedad de los síntomas y la comorbilidad de la ansiedad en la DF (Lacy et al., 2011).

Comportamiento vinculado al trabajo

Una investigación reveló que trabajar en turnos rotativos puede aumentar significativamente el riesgo de trastornos gastrointestinales funcionales. Por ejemplo, la incidencia de SII es del 48 % en enfermeras con turnos rotativos en comparación con un 31 % de enfermeras que trabajan solo en turno diurno, y la probabilidad de dolor abdominal funcional fue del 81 % para enfermeras del turno rotativo (Nojkov et al., 2010). Por lo tanto, la calidad del sueño se encuentra estrechamente relacionada con el SII y la incidencia del dolor abdominal, lo que podría deberse a la interrupción del ritmo circadiano causado por los turnos rotativos.

Tratamiento farmacológico

En cuanto al tratamiento farmacológico para los TEIC en humanos, son pocas las investigaciones que se han realizado en cuanto a su eficacia, específicamente se llevaron a cabo en roedores. En algunos se ha demostrado el papel modificador de los probióticos y el uso de antidepresivos, sobre todo, para el tratamiento del dolor.

Un estudio controlado aleatorizado en pacientes con SII demostró que la ingesta de *Bifidobacterium lactis* redujo significativamente la distensión abdominal con una mejoría general de los síntomas (Agrawal et al., 2009). La evidencia para el uso de probióticos ha ido en aumento, pero falta por determinar las cepas específicas y afinar los objetivos de tratamiento.

Aunque el uso de psicofármacos, como antidepresivos, es sugerido para el tratamiento de los trastornos gastrointestinales funcionales, la experiencia clínica acumulada y la falta de opciones de tratamiento eficaces, indican que deberían reservarse para consultantes con una gravedad moderada a grave, con un deterioro en la calidad de vida y en los que los tratamientos de primera línea (psicoeducación, cambios en los estilos de vida y conductas basales), no hayan sido suficientemente eficaces. La elección del tipo de antidepresivo dependerá de la gravedad de la enfermedad y de la presencia de ansiedad o depresión comórbida. Los antidepresivos tricíclicos (ATC) son la primera opción para tratar el dolor en pacientes con SII sin estreñimiento, porque atenúan la hiperactividad visceral inducida por el estrés (Ruepert et al., 2011). A veces suelen combinarse fármacos, por ejemplo, los ATC con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), cuando el paciente tiene un alto nivel de ansiedad que contribuye a la exacerbación de la sintomatología de los TEIC. Los ISRS han demostrado ser eficaces para la reducción de la somatización y mejoran la respuesta afectiva al dolor visceral crónico (Creed, 2006). En tanto los antipsicóticos, también pueden utilizarse en el SII refractario grave que presentan cuadros de ansiedad grave, trastornos del sueño y que no han respondido a otros agentes farmacológicos (Van Oudenhove et al., 2016).

Otros de los medicamentos utilizados son los agentes antiespasmódicos y anticolinérgicos para el tratamiento del dolor agudo e hinchazón, o antes de las comidas cuando los síntomas posprandiales están presentes. Para el estreñimiento en tanto se recomienda el aumento de la fibra y en algunos casos se recurre al uso de laxantes (Drossman et al., 2002).

Si bien los medicamentos pueden funcionar más rápidamente y están más fácilmente al acceso de la persona, los especialistas en estos trastornos, recomiendan un

tratamiento farmacológico con agentes de acción central, en combinación con tratamientos psicológicos, utilizados como complementarios y sinérgicos. Por ejemplo, se ha demostrado que la combinación de sertralina y entrenamiento de habilidades para afrontar el dolor es más eficaz que cualquier tratamiento usado de forma aislada (Wu, 2012).

Si la sintomatología continúa después de un tratamiento médico, los pacientes tienden a consultar diferentes gastroenterólogos, que si bien insisten en que “su problema no tiene importancia”, esta falta de interés sobre el tema y el agotamiento que produce en los médicos la presión del paciente, conducen a exploraciones y estudios innecesarios que terminan favoreciendo la cronificación en las conductas de enfermedad del paciente (Rodríguez, 1989). Esta búsqueda de ayuda médica se observa a mayor severidad del dolor, duración, preocupación por la enfermedad, ansiedad y depresión, a la vez de no poder relacionar el trastorno con el estrés. Drossman & Hasler (2016) hacen énfasis en la importancia de la relación médico-paciente para una buena adherencia a los tratamientos, la reducción de los síntomas y obtener mejores resultados en la salud del paciente. En base a esta sugerencia presentan una guía de “Doce pasos para mejorar la relación terapéutica” (Ver Anexo 3).

En el manual de abordaje de los TEIC se indica que el médico realice una evaluación psicosocial que evalúe la ansiedad visceral específica, la somatización, catastrofismo y la calidad de vida, para determinar la interconsulta a un profesional de la salud mental. Las áreas a abordar incluyen antecedentes de abuso, estado de ánimo deprimido, posibles pensamientos suicidas y la calidad de los vínculos cercanos. Esto dependerá de si el paciente es capaz de hablar libremente, sin estigmas y contar con tiempo suficiente, algo que no suele darse hoy día dentro de las consultas médicas en instituciones de salud. Es por ello que se recomienda que esta evaluación integral pueda ser realizada en mayor profundidad por un psicólogo capacitado en el tratamiento de estos trastornos.

Aproximaciones a posibles abordajes psicoterapéuticos

Los factores psicológicos, como se han abordado anteriormente, juegan un papel clave en los TEIC. La comorbilidad con trastornos psiquiátricos, la ansiedad, la somatización e hipocondría, junto con las alteración del humor, el tipo de personalidad y la incidencia de vivencias traumáticas en la vida temprana como abuso físico y/o sexual,

y estresores sociales previos a la instalación como trastorno digestivo, han derivado en múltiples estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en estos pacientes.

De las distintas revisiones bibliográficas, se concluye que la psicoterapia puede reducir la sintomatología, sobre todo en casos que es moderada a grave, cuando no mejoran con el tratamiento médico convencional y en presencia de factores de estrés u otros psicológicos, que contribuyan al mantenimiento de los síntomas (Lecuona, 2009). Un estudio demostró una reducción del 25 % de los síntomas tras el tratamiento psicológico (Mayer et al., 2001). Aunque se precisa mayor investigación para determinar la eficacia exacta de la aplicación de psicoterapia y cuál sería la más recomendable para los TEIC, algunos datos obtenidos hasta el momento indicarían que la hipnosis, la psicoterapia psicodinámica y la terapia cognitivo conductual, tendrían efectos beneficiosos en la reducción de los síntomas de la DF y del malestar emocional (Tobón et al., 2005). De todas formas, en los estudios revisados para este trabajo, no se encuentra que una psicoterapia sea superior a otra, aunque hay evidencia de la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales que han sido las más estudiadas (Blanchard, 2005; Toner, 2005; Levy et al., 2006), así como de la hipnoterapia en SII (Tan et al., 2005).

Según Ruth Lecuona (2009), la eficacia de los tratamientos psicológicos respecto a los tratamientos médicos convencionales se registra en una revisión de 15 ensayos aleatorizados controlados que encontraron no solo una mejoría de síntomas psicológicos como ansiedad y depresión, sino también en la somatización y en la reducción de síntomas viscerales. Esta autora indica que la psicoterapia parece ser efectiva en el tratamiento del dolor abdominal, diarrea y estrés psicológico, y sobre todo cuando el paciente es consciente que el estrés tiene una vinculación con sus síntomas.

Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual es la sugerida dentro del Manual de TEIC de Roma y presenta algunas investigaciones en cuanto a su eficacia. La teoría cognitiva considera a los eventos externos, los pensamientos y conductas como interactivos y relacionados recíprocamente. Por lo tanto, la forma en que los individuos piensen acerca de los eventos estresantes, de la interpretación que hagan de sus síntomas, pueden intensificar el impacto de dichos eventos. Se ha demostrado que, a menudo, estos consultantes muestran distorsiones sobre sus síntomas (Toner et al., 1998). La TCC podría ayudar a reconocer cómo creencias particulares sobre los síntomas pueden perpetuar el dolor. Las intervenciones en TCC son útiles para abordar los pensamientos disfuncionales, el

catastrofismo, el sesgo atencional, la ansiedad por enfermedad y las respuestas de afrontamiento desadaptativas. En el caso específico para un TEIC, la TCC sugiere una combinación de técnicas con métodos de autocontrol, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, exposición y relajación (Van Oudenhove et al., 2022). Tobón et al., (2005) diseñaron un programa de intervención cognitivo conductual para el tratamiento específico de la DF (ampliar en Rojas et al., 2006). Diferentes técnicas estudiadas para el tratamiento de SII, como las técnicas de modificación de conducta y del manejo de contingencias, han sido beneficiosas para tratar el estrés (Rodríguez, 1989).

Los tratamientos de exposición están pensados para reducir las creencias catastróficas sobre los síntomas, la hipervigilancia o el propio miedo a los síntomas, contribuyendo a que el paciente no evite situaciones que le generan miedo, ayudándolo a enfrentarlas de forma sistemática y cuidada (Levy et al., 2006).

Las técnicas de relajación o reducción de la excitación (relajación muscular progresiva, el entrenamiento en la respiración y la meditación), han sido recomendadas ya que enseñan a contrarrestar las secuelas fisiológicas del estrés y de la ansiedad, conduciendo a una reducción significativa de los síntomas gastrointestinales (Drossman y Hasler, 2016). Levy et al. (2006), han estudiado el entrenamiento de la respiración y relajación en los TEIC, por la suposición que los consultantes con dolencias físicas relacionadas con el estrés, desarrollan patrones respiratorios deficientes que, de ser crónicos, pueden intensificar la excitación fisiológica que agrava las molestias somáticas. La técnica de Mindfulness es también sugerida para inducir, a través de la meditación, a una atención plena y a contemplar, sin juzgar, los pensamientos rumiantes que se consideran aspectos centrales del dolor y sufrimiento. Es un enfoque no reactivo, sino objetivo y de aceptación, centrado en el presente y contemplativo de las experiencias tanto internas como externas.

Psicoterapia psicodinámica

La psicoterapia psicodinámica interpersonal ha demostrado su eficacia para aliviar los síntomas dispépticos, y los efectos de esta perduran incluso después de finalizado el tratamiento psicológico (Hamilton et al., 2000). El neuropsicoanálisis desde su perspectiva interdisciplinaria, expone cómo los conceptos psicoanalíticos, los conflictos inconscientes y los mecanismos de defensa pueden tener un correlato a nivel neural y cómo la actividad cerebral podría influir en la experiencia mental y las conductas. Por lo tanto, este abordaje puede ser útil para tratar, entre todo lo que el paciente traiga

como motivo de consulta, el componente emocional presente en los TEIC que podría hallarse más en el orden de *lo latente*. La relación con el terapeuta es la base de este tratamiento para trabajar sus vínculos, los factores ambientales y psicológicos que el paciente experimenta, así como experiencias traumáticas que podrían estar actualizándose somáticamente en el presente.

Por su parte, Lisandro Vales (2020) destaca que “la neurociencia afectiva problematiza algunas nociones psicoanalíticas; se plantea al *ello* emergente del mundo interior afectivo visceral, fuente de la conciencia central, sobre el cual se funda la conciencia reflexiva del yo” (p. 1). Desde esta perspectiva, se podría trabajar en los diferentes sistemas de emociones básicas propuestos por Panksepp (1998, 2010) y analizar cuáles de ellos están predominando en la sintomatología. Es posible que el sistema Fear (Miedo-Ansiedad), Rage (Ira-Rabia), Panic (Separación-Angustia) y Care (Cuidado) sean los que más haya que observar.

El dolor, como ya se describió anteriormente, es uno de los síntomas característicos en la población estudiada con TEIC. Según Nasio (2007), el dolor es una manifestación del sufrimiento psíquico y corporal, pero es importante que el paciente le otorgue un valor y símbolo a este. Ya lo destacaba Freud: “un afecto dolorido, generado en el curso de una comida, pero sofocado, produce luego náuseas y vómitos, y estos últimos duran meses como vómitos histéricos” (Freud, 1893/1992, p. 30). Este hallazgo que Freud trataba en su momento como *neurosis de angustia*, se traduce a nuestros tiempos, cuando los síntomas físicos son “silenciados” por no encontrarse causas orgánicas que demuestren su veracidad, ya que se encuentran relacionados con el orden subjetivo y representativo del sujeto. Siguiendo esta línea, según la psicoanalista Dolto (1984), se podría pensar que aquellos dolores o sufrimientos crónicos se traducen en trastornos psicósomáticos como:

Afecciones funcionales del cuerpo que no se deben a causas orgánicas: no hay infección, no hay en un principio trastornos lesionales; no hay trastornos neurológicos; y, sin embargo, el individuo padece un desarreglo de su salud, sufre. Su cuerpo está enfermo, pero el origen de su desorden funcional fisiológico es un desorden inconsciente psicológico. (p. 279)

De acuerdo al texto antes citado, podríamos comprender a los síntomas gastrointestinales como una “descarga” del sufrimiento psicológico de estos pacientes a través del cuerpo. Un cuerpo que puede tener una mirada desde el saber médico y otra

distinta desde la práctica psicoanalítica. Desde este abordaje, se podría intervenir en la clínica para hacer hablar al cuerpo y en relación a esto la psicoanalista Gómez (2008) aporta:

El cuerpo del sujeto constituye un enigma para la práctica médica que apunta a las enfermedades y disfunciones, pero se confronta con un cuerpo habitado por un ser-hablante, una práctica que se las tiene que ver con un cuerpo que, más allá de ser solo organismo viviente, constituye un cuerpo moldeado por el lenguaje, cuerpo de un sujeto de deseo y de goce. (p. 4)

De todas formas, tanto desde la práctica médica como psicoanalítica, se observa un cuerpo que sufre, que tiene deseos, que siente y que cuyas dolencias están sujetas al lenguaje del paciente.

Además, resulta pertinente ver al sujeto que consulta situado en un contexto social y cultural, para entender que no existe ninguna manifestación en el proceso de salud-enfermedad que no implique factores psicológicos en su etiología, evolución o desenlace. Por lo tanto, en una sociedad *hipermoderna* (Lipovetsky, 2006; Han, 2021), no sorprende la explosión de “enfermedades crónicas” sin “origen orgánico aparente”; en tanto el dolor parece no encontrar vías de expresión y carece de sentido, además de no realizar un profundo análisis que colectivice el sufrimiento vivido individualmente.

Desde los marcos del neuropsicoanálisis y la neurociencia afectiva, la psicoterapia psicodinámica brindaría al paciente una posibilidad de escuchar su sufrimiento y de conectar con las vivencias tempranas y actuales, que llevaron a ese sujeto a una forma de “*ser y estar*” en el mundo; a un “*self central*”, en el que se basa la conciencia reflexiva del “yo” y que expresa estas experiencias subjetivas del dolor y de la enfermedad.

Psicoterapia integrativa PI-PNIE

La psicoterapia integrativa es un abordaje presentado en Uruguay por Margarita Dubourdieu (2014) quien plantea una estrategia de intervención en cinco dimensiones (biológica, cognitiva, psicoemocional, socioecológica y espiritual) desde el marco PNIE. Para un tratamiento de abordaje PNIE en consultantes con alteraciones digestivas y con enfermedades físicas crónicas Beatriz Gómez (2011) propone una estrategia terapéutica de tres fases: evaluación diagnóstica, biopsicoeducación y tratamiento per se. El marco teórico PNIE como ya se mencionó, hace especial énfasis en el eje HPA que, en el caso de un TEIC, se encuentra alterado. Por lo tanto, resulta interesante esta psicoterapia para

trabajar las repercusiones de la activación prolongada de los sistemas de estrés que hayan generado modificaciones cognitivas (memoria, atención, percepción), fisiológicas y conductuales, dejando de lado hábitos saludables y favoreciendo las conductas nocivas de enfermedad (Dubourdieu, 2018). La estrategia de la PI-PNIE ubica en el centro no sólo a los factores estresantes sino también a los recursos protectores que cuenta el individuo, al igual que los pensamientos desadaptativos, los vínculos y la influencia del contexto. Otra de las dimensiones que se abarca es la espiritual, por lo que sería oportuno en algunos casos ahondar en el sentido de vida, sobre todo en individuos que se encuentran atravesando crisis vitales, para buscar nuevas significaciones a su sintomatología. Si bien parece un abordaje muy en línea con el marco biopsicosocial, no se registraron estudios de eficacia de esta psicoterapia, por lo que sería interesante realizar mayor investigación específica en esta población.

Conclusiones y reflexiones finales

Existen frases de la jerga popular que son latiguillos comunes a los que se recurre para asociar situaciones desafiantes de la vida con síntomas gastrointestinales. “Hacer de tripas corazón”, se utiliza para sobreponerse a las dificultades, mostrando coraje y fortaleza emocional. La expresión proviene de la asociación entre “las tripas”, que se consideran el centro de las emociones en el imaginario popular, con el corazón símbolo de valentía y fuerza. Si bien es una frase que expone una forma “funcional” para enfrentar los retos de la vida que puede ser necesaria en un momento, también contiene el doble mensaje de dejar de lado sentimientos “negativos”, reprimiendo emociones como miedo, enojo, tristeza y hasta inclusive esconder el dolor; una hipersensibilidad visceral que aflora como signo característico de los TEIC, que denotaría un agotamiento en estas “tripas” y la necesidad de un cambio para volver a restablecer la homeostasis entre todos los sistemas del cuerpo y funcionar de forma adecuada.

Los trastornos del eje intestino-cerebro, como el SII y la DF, son de las enfermedades gastrointestinales con mayor prevalencia en el mundo, representando más de un tercio de las consultas en gastroenterología y dos tercios de estas personas que consultan, tendrán síntomas crónicos y fluctuantes. Se reconocen por anomalías morfológicas y fisiopatológicas complejas que incluyen trastornos de motilidad, hipersensibilidad visceral, una alteración de la función inmune y la mucosa, de la microbiota y del procesamiento en el SNC. Son el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales, que se producen en el eje intestino-

cerebro. Al no encontrarse causas orgánicas estructurales, fueron considerados inicialmente como “funcionales”, pero justamente para reflejar mejor su base científica, se los redefinió como trastornos del eje intestino-cerebro. No obstante, la estigmatización a estos pacientes sigue estando presente y muchas veces se opta por el padecimiento innecesario porque temen ser vistos con trastornos psicológicos, no favoreciendo la expresión de sus sentimientos y minimizando la gravedad de los síntomas, en detrimento de su calidad de vida.

El modelo biopsicosocial de Drossman y Hasler (2016) para la comprensión de los TEIC, tiene algunas ventajas, como por ejemplo ofrecer una visión holística y no dicotómica de la enfermedad humana, multifactorial, haciendo énfasis en la conexión mente-cuerpo donde se evidencia la interacción bidireccional entre el intestino y el cerebro. Demostrar el papel de los factores ambientales y psicológicos en relación con los factores fisiológicos, condujo a una mayor apuesta a la investigación multidisciplinaria y a la inclusión de una evaluación biopsicosocial para las enfermedades gastrointestinales. Faltan más estudios que puedan explicar la causa y efecto entre los factores fisiológicos y psicosociales intervinientes, es por ello que este trabajo ha intentado ahondar en otros posibles marcos teóricos como la neurociencia afectiva, el neuropsicoanálisis y el abordaje PNIE, para una mejor comprensión de las interacciones intestino-cerebro, de los sistemas involucrados, de la alteración del eje HPA, la incidencia de las emociones y el énfasis en el estudio de la microbiota.

Black et al., 2020 destacaron que alrededor del 40 % de los consultantes recurrirán a la medicación para el tratamiento y un tercio se habrá sometido a cirugías abdominales y estudios invasivos innecesarios. Esto deriva no sólo a altos costos institucionales, sino que el sujeto termina no recibiendo un tratamiento integral y completo. Mayer et al. (2001), Hamilton et al. (2000), Drossman (2016) y Tobón et al. (2005), realizaron estudios que exhiben buenos resultados en la reducción de los síntomas cuando se integra el tratamiento psicológico, sobre todo para el abordaje de la ansiedad, angustia, el estrés y otros factores psicosociales también presentes. Los pacientes que presentan estos trastornos son conscientes de su sintomatología corporal que lo lleva a la consulta médica, pero no siempre de los síntomas psicológicos y factores sociales asociados a los TEIC. Cuando el paciente no responde a la farmacología mayor aún es el desafío de los especialistas médicos de devolver respuestas asertivas y que contribuyan a la comprensión de estas patologías. Algunas veces sucede lo contrario, y queda todo bajo la órbita de “lo funcional” o “usted no tiene nada” acentuando aún más los síntomas. Así

mismo los factores psicológicos y sociales, son una parte integral del proceso de la enfermedad y por ende, uno de los focos del tratamiento psicoterapéutico, para conocer cómo se manifiestan en cada paciente de forma particular y única. Los factores psicosociales modifican la experiencia de la enfermedad, como la respuesta del entorno familiar del paciente, el médico, la sociedad y la cultura a la que pertenezca. Cuando esta se niega por parte de cualquiera de los entornos del paciente, se reproduce un círculo vicioso de atención médica y farmacológica. En contraste, un médico que reconoce y empatiza con el paciente, un entorno familiar que comprende su padecimiento y acompaña, ayudaría al bienestar y a mejores resultados en el tratamiento.

Recibir un diagnóstico de un trastorno gastrointestinal funcional tiene implicaciones para el paciente quien puede encontrarse desorientado dependiendo de cómo se lo comunica el médico y qué posibilidades de tratamiento se muestran. Muchos individuos con esta sintomatología incluso pueden no consultar a un especialista y tienen disminuida su calidad de vida, lo que se observa en la restricción de su dieta, rutinas de alimentación inadecuadas, trastornos del sueño, sedentarismo, ausentismo laboral y otros tipos de desórdenes. Desde la psicología, resulta pertinente realizar una intervención en estos factores psicosociales y hacer las derivaciones médicas correspondientes si se observa a un consultante con sintomatología intensa y más aún, si no realizó la consulta a gastroenterólogo. Por lo tanto, el diagnóstico debiera tomarse como punto de partida y no de llegada, discutiendo con el consultante los planes de tratamientos que pueden incluir estrategias de atención médica y psicosocial. Es por ello que resulta fundamental el trabajo interdisciplinario con especialistas, en lo posible, formados desde este modelo biopsicosocial multidimensional de los trastornos del eje intestino-cerebro.

En el presente, a los TEIC se los diagnostica y clasifica en base a síntomas, utilizando criterios estandarizados que fueron creados por la Fundación Roma, pero sería interesante que los enfoques de los tratamientos sean más personalizados. Las personas que manifiestan cogniciones o estrategias de afrontamiento disfuncionales pueden ser buenos candidatos para la terapia cognitivo-conductual, sobre todo si pueden relacionar los eventos estresantes de su vida con su sintomatología gastrointestinal. Se precisa de mayor investigación para evaluar la eficacia de otras psicoterapias, como la psicoterapia psicodinámica y la psicoterapia integrativa PI-PNIE que proponen abordajes interesantes para el manejo del estrés, la angustia, la ansiedad, en definitiva con todo su sistema emocional y el trabajo en otras dimensiones del individuo, como sus relaciones interpersonales y el sentido de vida.

Una de las limitaciones encontradas, es que la mayoría de las investigaciones se realizaron con muestras de consultantes provenientes de atención secundaria y terciaria, lo que podría conllevar a un sesgo de selección, es decir, que los pacientes con TEIC más graves y comorbilidad psiquiátrica, fueran los que más consultaran. Es probable que exista un porcentaje importante de individuos no diagnosticados, sin recibir el tratamiento acorde. Así mismo, la dispepsia funcional y el síndrome de intestino irritable son los TEIC por prevalencia más estudiados; se precisaría llevar los estudios también a otras patologías funcionales para un conocimiento más específico de su etiología.

La psicoterapia en general es un tratamiento que le brinda al paciente una oportunidad de escucharse, pensarse y de hacer “propio” lo que le sucede, y no como producto de un diagnóstico general descontextualizado y desprendido de su individualidad. Es un espacio para compartir sus conflictos y dolencias, que pueden manifestarse con un exceso de responsabilidades y exigencias. El *hiperpositivismo* reinante en la sociedad actual, no permite dar lugar a la angustia, a la expresión del dolor, del enojo y del miedo como transformación, sino que exigen al individuo como negatividades a eliminar. El médico también termina siendo producto de esta sociedad, que tiende a responsabilizarlo por su accionar si no proporciona la “cura”, quedando atrapados médico y paciente en un círculo vicioso que retroalimenta aún más los síntomas y desgasta a los profesionales de la salud. Asimismo, la psicoterapia sería interesante que funcionara como aliado de los tratamientos médicos pero para esto también es necesario repensar estos trastornos desde una mirada integrativa que contemple tanto los factores biológicos, como ambientales y psicológicos.

En conclusión, desde la clínica psicológica resulta fundamental contar con una mirada multidisciplinar e integrativa, que trascienda los factores psicológicos intervinientes, ya que una mejor comprensión de la fisiopatología y etiopatogenia de estos cuadros, brindan mayor conocimiento al psicoterapeuta del malestar que padece el sujeto y las posibles complicaciones en las funciones comprometidas tanto del sistema digestivo, como nervioso, inmunológico y endócrino. El espacio psicoterapéutico, más allá de su abordaje, ofrecería la posibilidad de apertura a nuevos discursos de salud-enfermedad y a la resignificación de las vivencias del consultante.

Referencias bibliográficas

- Abot, A., Cani, P. D., & Knauf, C. (2018). Impact of intestinal peptides on the enteric nervous system: novel approaches to control glucose metabolism and food intake. *Frontiers in endocrinology*, 9, 328.
- Agrawal, A., Houghton, L. A., Morris, J., Reilly, B., Guyonnet, D., Goupil Feuillerat, N. & Whorwell, P. J. (2009). Clinical trial: the effects of a fermented milk product containing *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 on abdominal distension and gastrointestinal transit in irritable bowel syndrome with constipation. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 29(1), 104-114.
- Alonso-Bermejo, C., Barrio, J., Fernández, B., García-Ochoa, E., Santos, A., Herreros, M., & Pérez, C. (2022, May). Frecuencia de trastornos gastrointestinales funcionales según criterios Roma IV. In *Anales de Pediatría* (Vol. 96, No. 5, pp. 441-447). Elsevier Doyma.
- Black, C. J., Drossman, D. A., Talley, N. J., Ruddy, J., & Ford, A. C. (2020). Functional gastrointestinal disorders: Advances in understanding and management. *The Lancet (London, England)*, 396(10263), 1664-1674. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32115-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32115-2)
- Blanchard, E. B. (2005). A critical review of cognitive, behavioral, and cognitive-behavioral therapies for irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(2), 101.
- Blanco, E., & Schneider, R. (2010). Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. Ed. Médica Panamericana.
- Blechner, M. J. (2011). Listening to the body and feeling the mind. *Contemporary Psychoanalysis*, 47(1), 25-34.
- Bonet, J. L. (2018). *PINE (psicoimmunoneuroendocrinología): Cuerpo, cerebro y emociones*. EDICIONES B.
- Böhn, L., Störsrud, S., Törnblom, H., Bengtsson, U., & Simrén, M. (2013). Self-reported food-related gastrointestinal symptoms in IBS are common and associated with more severe symptoms and reduced quality of life. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ ACG*, 108(5), 634-641.
- Celleri, M., Koutsovitis, F., Cremades, C., & Garay, C. J. (2023). Índice de calidad de vida percibida en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales en Buenos Aires, Argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 26(1), 45-55.
- Chiozza, L. (2001). *Enfermedades y afectos*. Alianza.

- Creed, F. (2006). How do SSRIs help patients with irritable bowel syndrome? *Gut*, 55(8), 1065-1067.
- D'Amato, M. (2013). Genes and functional GI disorders: from casual to causal relationship. *Neurogastroenterology & Motility*, 25(8), 638-649.
- D'Alessio, L., Bonet, J., Suárez-Bagnasco, M. & Forcada, P. (2011). *Mecanismos neurobiológicos: Carga alostática*. Cap 2."Vías biológicas del impacto de los factores psicosociales sobre la salud. Efecto de la carga alostática sobre la red psiconeuroinmunoendócrina". Información Científica Gador.
- De Schryver, A. M., Keulemans, Y. C., Peters, H. P., Akkermans, L. M., Smout, A. J., De Vries, W. R. & Van Berge-Henegouwen, G. P. (2005). Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 40(4), 422-429.
- Dinan, T. G., Quigley, E. M., Ahmed, S. M., Scully, P., O'Brien, S., O'Mahony, L. & Keeling, P. N. (2006). Hypothalamic-pituitary-gut axis dysregulation in irritable bowel syndrome: plasma cytokines as a potential biomarker? *Gastroenterology*, 130(2), 304-311.
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós.
- Drossman, D. A., McKee, D. C., Sandler, R. S., Mitchell, C. M., Cramer, E. M., Lowman, B. C. & Burger, A. L. (1988). Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome: a multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 95(3), 701-708.
- Drossman, D. A., Creed, F. H., Olden, K. W., Svedlund, J., Toner, B. B. & Whitehead, W. E. (1999). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45 (Suppl 2), II25–II30.
- Drossman, D. A., Camilleri, M., Mayer, E. A. & Whitehead, W. E. (2002). AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 123(6), 2108-2131.
- Drossman, D. A., Toner, B. B., Whitehead, W. E., Diamant, N. E., Dalton, C. B., Duncan, S. & Bangdiwala, S. I. (2003). Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 125(1), 19-31
- Drossman, D. A. & Hasler, W. L. (2016). Rome IV—functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*, 150(6), 1257-1261.

- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.
- Dubourdieu, M. (2014). *Psicoterapia integrativa PNIE. psiconeuroinmunoendocrinología integración cuerpo-mente-entorno*. Psicolibros Waslala. (Original work published 2008).
- Dubourdieu, M. (2022). Implicancias clínicas de la Psiconeuroinmunoendocrinología en Psicoterapia. *Pinelatinoamericana*, 2(3), 203-212.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1982). The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teachers? *The New England Journal of Medicine*, 306(13), 802–805.
- Esmailzadeh, A., Keshteli, A. H., Tabesh, M., Feizi, A. & Adibi, P. (2014). Smoking status and prevalence of upper gastrointestinal disorders. *Digestion*, 89(4), 282-290.
- Eswaran, S. L., Chey, W. D., Han-Markey, T., Ball, S. & Jackson, K. (2016). A randomized controlled trial comparing the low FODMAP diet vs. modified NICE guidelines in US adults with IBS-D. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ ACG*, 111(12), 1824-1832.
- Fass, R., Fullerton, S., Tung, S. & Mayer, E. A. (2000). Sleep disturbances in clinic patients with functional bowel disorders. *The American journal of gastroenterology*, 95(5), 1195-1200.
- Rodríguez, C. F. (1989). Tratamiento psicológico en el síndrome del intestino irritable. *Psicothema*, 1(2), 71-85.
- Ford, A. C., Talley, N. J., Walker, M. M. & Jones, M. P. (2014). Increased prevalence of autoimmune diseases in functional gastrointestinal disorders: case–control study of 23 471 primary care patients. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 40(7), 827-834.
- Filipović, B. F., Randjelovic, T., Kovacevic, N., Milinić, N., Markovic, O., Gajić, M. & Filipović, B. R. (2011). Laboratory parameters and nutritional status in patients with functional dyspepsia. *European journal of internal medicine*, 22(3), 300-304.
- Freud, S. (1992). *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar* (Breuer y Freud). Obras completas (Vol. 2, pp. 29-43) Amorrortu.

- Gershon, M. D. (1999). The enteric nervous system: a second brain. *Hospital practice*, 34(7), 31-52.
- Gershon, M. D. & Tack, J. (2007). The serotonin signaling system: from basic understanding to drug development for functional GI disorders. *Gastroenterology*, 132(1), 397-414.
- Gómez, B. (2011). Abordaje de Perturbaciones Asociadas a Enfermedades Físicas Crónicas. *Paisajes de La Psicoterapia. Modelos, Aplicaciones y Procedimientos*, by Héctor Fernández Alvarez, Buenos Aires, Polemos, pp. 239–266.
- Gómez, G. E. (2008). Freud: enfermedades nerviosas, angustia y estrés. O del estatuto del cuerpo implicado en las dolencias del sujeto. *Affectio Societatis*, 5(9),
- Hamilton, J., Guthrie, E., Creed, F., Thompson, D., Tomenson, B., Bennett, R. & Liston, R. (2000). A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 119(3), 661-669.
- Han, B. (2021). *La sociedad paliativa: el dolor hoy*. Barcelona: Herder.
- Haug, T. T., Svebak, S., Wilhelmsen, I., Berstad, A., & Ursin, H. (1994). Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(4), 281-291.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90033-7](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90033-7)
- Horwitz, B. J., & Fisher, R. S. (2001). The irritable bowel syndrome. *New England journal of medicine*, 344(24), 1846-1850.
- Jia, L., Jiang, S. M. & Liu, J. (2017). Behavioral gastroenterology: An emerging system and new frontier of action. *World Journal of Gastroenterology*, 23(33), 6059.
- Jiang, S. M., Lei, X. G., Jia, L., Xu, M., Wang, S. B., Liu, J. & Song, M. (2014). Unhealthy dietary behavior in refractory functional dyspepsia: A multicenter prospective investigation in China. *Journal of digestive diseases*, 15(12), 654-659.
- Klem, F., Wadhwa, A., Prokop, L. J., Sundt, W. J., Farrugia, G., Camilleri, M. & Grover, M. (2017). Prevalence, risk factors, and outcomes of irritable bowel syndrome after infectious enteritis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*, 152(5), 1042-1054.
- Koloski, N. A., Jones, M., Weltman, M., Kalantar, J., Bone, C., Gowryshankar, A. & Talley, N. J. (2015). Identification of early environmental risk factors for irritable bowel syndrome and dyspepsia. *Neurogastroenterology & Motility*, 27(9), 1317-1325.

- Koloski, N., Jones, M., Walker, M. M., Veysey, M., Zala, A., Keely, S. & Talley, N. J. (2019). Population based study: atopy and autoimmune diseases are associated with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome, independent of psychological distress. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 49(5), 546-555.
- Koloski, N., Holtmann, G., & Talley, N. J. (2020). Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 14(11), 1047-1059.
- Kruis W, Thieme C, Weinzierl M, Schussler P, Holl & J Paulus W (1984). A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterolog*; 87:1-7.
- Lacave, C. V. (1966). Psicoterapia en el enfermo digestivo. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Lacy, B. E., Everhart, K. & Crowell, M. D. (2011). Functional dyspepsia is associated with sleep disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 9(5), 410-414.
- Lecuona, R. B. (2009). Functional gastrointestinal disorders: when and why might psychotherapy be useful in functional digestive disorders? *Gastroenterologia y hepatologia*, 32(1), 59-60.
- Lemann, M., Dederding, J. P., Flourie, B., Franchisseur, C., Rambaud, J. C. & Jian, R. (1991). Abnormal perception of visceral pain in response to gastric distension in chronic idiopathic dyspepsia: the irritable stomach syndrome. *Digestive diseases and sciences*, 36, 1249-1254.
- Levy, R. L., Olden, K. W., Naliboff, B. D., Bradley, L. A., Francisconi, C., Drossman, D. A. & Creed, F. (2006). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1447-1458.
- Lipovetsky, G. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama.
- <https://cursoshistoriavdemexico.files.wordpress.com/2019/07/lipovetsky-gilles-y-sc3a9bastien-charles-los-tiempos-hipermodernos.pdf>
- Mayberg, H. S. (2003). Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. *British medical bulletin*, 65(1), 193-207.
- Mayer, E. A., Naliboff, B. D., Chang, L. & Coutinho, S. V. (2001). V. Stress and irritable bowel syndrome. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 280(4), G519-G524.

- Mayer, E. A. (2011). Gut feelings: the emerging biology of gut–brain communication. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 453-466.
- Mazmanian, S. K., Round, J. L., & Kasper, D. L. (2008). A microbial symbiosis factor prevents intestinal inflammatory disease. *Nature*, 453(7195), 620-625.
- Mertz, H., Morgan, V., Tanner, G., Pickens, D., Price, R., Shyr, Y., & Kessler, R. (2000). Regional cerebral activation in irritable bowel syndrome and control subjects with painful and nonpainful rectal distention. *Gastroenterology*, 118(5), 842-848.
- Mukhtar, K., Nawaz, H., & Abid, S. (2019). Functional gastrointestinal disorders and gut-brain axis: What does the future hold? *World journal of gastroenterology*, 25(5), 552.
- Nasio, J. (2007). *El dolor de amar*. Gedisa
- Nojkov, B., Rubenstein, J. H., Chey, W. D. & Hoogerwerf, W. A. (2010). The impact of rotating shift work on the prevalence of irritable bowel syndrome in nurses. *The American journal of gastroenterology*, 105(4), 842.
- Nowak, M., Büttner, P., Harrison, S., Daniell, K., Raasch, B. & Speare, R. (2006). Effectiveness of lifestyle measures in the treatment of gastroesophageal reflux disease—a case series. *Therapeutics and clinical risk management*, 2(3), 329-334.
- O'mahony, S. M., Marchesi, J. R., Scully, P., Codling, C., Ceolho, A. & Quigley, E. MM, Cryan, JF, Dinan, TG (2009). Early life stress alters behavior, immunity, and microbiota in rats: Implications for irritable bowel syndrome and psychiatric illnesses. *Biological Psychiatry*, 65(3), 263-267.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2010). Affective neuroscience of the emotional BrainMind: evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Patel, P., Bercik, P., Morgan, D. G., Bolino, C., Pintos-Sanchez, M. I., Moayyedi, P. & Ford, A. C. (2015). Irritable bowel syndrome is significantly associated with somatisation in 840 patients, which may drive bloating. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 41(5), 449-458.
- Phares, E. J. (1988). *Introduction to personality*. Scott, Foresman & Co.
- Rocco, A., Compare, D., Angrisani, D., Zamparelli, M. S., & Nardone, G. (2014). Alcoholic disease: liver and beyond. *World journal of gastroenterology: WJG*, 20(40), 14652.

- Rojas, A. C. N., Tobón, S., Vinaccia, S., & Sandín, B. (2006). Evaluación y terapia psicológica en la dispepsia funcional. *Terapia psicológica*, 24(2), 149-159.
- Romero Urréa, H. E. (2013). El Segundo Cerebro del ser humano.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*, Paidós.
- Ruepert, L., Quartero, A. O., de Wit, N. J., van der Heijden, G. J., Rubin, G. & Muris, J. W. (2011). Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane database of systematic reviews*, (8).
- Sarmiento Benavides, A. S. (2022). Neuropsicoanálisis: relación entre la neuropsicología y el psicoanálisis. *Revista Eugenio Espejo*, 16(2), 139-152.
- Solms, M., Turnbull, O. (2006). *El cerebro y el mundo interior*. Fondo de Cultura Económica. Cap 4.
- Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal, U. C., Simren, M., Tack, J. & Palsson, O. S. (2021). Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*, 160(1), 99-114.
- Tan, G., Hammond, D. C. & Gurralla, J. (2005). Hypnosis and irritable bowel syndrome: a review of efficacy and mechanism of action. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(3), 161-178.
- Thompson, W. G., Irvine, E. J., Pare, P., Ferrazzi, S. & Rance, L. (2002). Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Digestive diseases and sciences*, 47, 225-235.
- Tobón, S., Sandín, B. & Vinaccia, S. (2005). *Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos*. Klinik.
- Toner, B. B., Stuckless, N., Ali, A., Downie, F., Emmott, S. & Akman, D. (1998). The development of a cognitive scale for functional bowel disorders. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 492-497.
- Toner, B. B. (2005). Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *CNS spectrums*, 10(11), 883-890.
- Vales, L. (2020). Neuropsicoanálisis: El “nuevo paso”, diálogo fructífero entre el psicoanálisis y las neurociencias. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(1), 112-128.
- Van Oudenhove, L., Vandenberghe, J., Demyttenaere, K., & Tack, J. (1954). Psychosocial factors, psychiatric illness and functional gastrointestinal disorders: a historical perspective. *Digestion*, 82(4), 201-210.

- Van Oudenhove, L. (2008). The link between affective and functional gastrointestinal disorders: are we solving the psychobiological puzzle? *Neurogastroenterology & Motility*, 20(12), 1265-1267.
- Van Oudenhove, L., Vandenberghe, J., Vos, R., Fischler, B., Demyttenaere, K., & Tack, J. (2011). Abuse history, depression, and somatization are associated with gastric sensitivity and gastric emptying in functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, 73(8), 648-655.
- Van Oudenhove, L., & Cuypers, S. (2014). The relevance of the philosophical ‘mind–body problem’ for the status of psychosomatic medicine: a conceptual analysis of the biopsychosocial model. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 201-213.
- Van Oudenhove, L., Levy, R. L., Crowell, M. D., Drossman, D. A., Halpert, A. D., Keefer, L. & Naliboff, B. D. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: how central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1355-1367.
- Veitia, G., Pernaleté, B., Cachima, L., Manuitt, J., La Cruz, M., Da Farias, A. & Angulo, D. (2013). Prevalencia del síndrome intestino irritable en la población adulta venezolana. *Gen*, 67(3), 139-144.
- Vidlock, E. J., Adeyemo, M., Licudine, A., Hirano, M., Ohning, G., Mayer, M. & Chang, L. (2009). Childhood trauma is associated with hypothalamic-pituitary-adrenal axis responsiveness in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 137(6), 1954-1962.
- Xue, J., Askwith, C., Javed, N. H. & Cooke, H. J. (2007). Autonomic nervous system and secretion across the intestinal mucosal surface. *Autonomic Neuroscience*, 133(1), 55-63.
- Watt, D. F. (1999). At the intersection of emotion and consciousness: Review of Panksepp, Affective Neuroscience. *Journal of Consciousness Studies*. 6(6/7).
- Watt, D. F. (2000). At the intersection of emotion and consciousness –Part II: A review of “The Feeling Of What Happens”. *Journal of Consciousness Studies*. 7(1).
- Whitehead, W. E., Crowell, M. D., Heller, B. R., Robinson, J. C., Schuster, M. M. & Horn, S. (1994). Modeling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness behavior. *Psychosomatic medicine*, 56(6), 541-550.

- 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.
- Wood, J. D., Alpers, D. H., & Andrews, P. L. R. (1999). Fundamentals of neurogastroenterology. *Gut*, 45(suppl 2), II6-II16.
- Wouters, M. M., & Boeckxstaens, G. E. (2016). Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 10(1), 5-8.
- Wright, J. S., & Panksepp, J. (2012). An evolutionary framework to understand foraging, wanting, and desire: the neuropsychology of the SEEKING system. *Neuropsychoanalysis*, 14(1), 5-39.
- Wu, J. C. (2012). Psychological co-morbidity in functional gastrointestinal disorders: epidemiology, mechanisms and management. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 18(1), 13.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39(2), 117-123.

Anexos

1. Clasificación de los Trastornos del Eje intestino-cerebro según Roma IV

A. Trastornos esofágicos A1. Dolor torácico funcional A2. Pirosis funcional A3. Hipersensibilidad al reflujo A4. Globus A5. Disfagia funcional	F. Trastornos anorrectales F1. Incontinencia fecal F2. Dolor funcional anorrectal F2a. Síndrome del elevador del ano F2b. Dolor funcional anorrectal sin especificar F2c. Proctalgia fugaz F3. Trastornos funcionales de la defecación F3a. Propulsión defecatoria inadecuada F3b. Defecación disinérgica
B. Trastornos gastroduodenales B1. Dispepsia funcional B1a. Síndrome de dolor posprandial (SDP) B1b. Síndrome de dolor epigástrico (SDE) B2. Trastornos por eructos B2a. Eructos supragástricos excesivos B2b. Eructos gástricos excesivos B3. Trastornos por náuseas y vómitos B3a. Síndrome crónico de náuseas y vómitos (SCNV) B3b. Síndrome de vómitos cíclicos (SVC) B3c. Síndrome de hiperemesis canabinoide (SHC) B4. Síndrome de rumiación	G. Trastornos funcionales gastrointestinales pediátricos: recién nacido / niño pequeño G1. Regurgitación del lactante G2. Síndrome de rumiación G3. Síndrome de vómitos cíclicos (SVC) G4. Cólico del lactante G5. Diarrea funcional G6. Disquecia del lactante G7. Estreñimiento funcional
C. Trastornos intestinales C1. Síndrome del intestino irritable (SII) SII con predominio del estreñimiento (SII-E) SII con predominio de la diarrea (SII-D) SII con hábitos intestinales mixtos (SSI-M) SII no clasificado (SII-NC) C2. Estreñimiento funcional C3. Diarrea funcional C4. Flatulencia / distensión abdominal funcional C5. Trastorno funcional intestinal sin especificar C6. Estreñimiento inducido por opiáceos	H. Trastornos funcionales gastrointestinales pediátricos: niño mayor / adolescente H1. Trastornos de náuseas y vómitos funcionales H1a. Síndrome de vómitos cíclicos (SVC) H1b. Náuseas funcionales y vómitos funcionales H1b1. Náuseas funcionales H1b2. Vómitos funcionales H1c. Síndrome de rumiación H1d. Aerofagia H2. Trastornos funcionales de dolor abdominal H2a. Dispepsia funcional H2a1. Síndrome de dolor posprandial H2a2. Síndrome de dolor epigástrico H2b. Síndrome del intestino irritable (SII) H2c. Migraña abdominal H2d. Dolor abdominal funcional sin especificar H3. Trastornos funcionales de la defecación H3a. Estreñimiento funcional H3b. Incontinencia fecal no retentiva
D. Trastornos de dolor gastrointestinal mediados centralmente D1. Síndrome de dolor abdominal mediado centralmente (SDAMC) D2. Síndrome intestinal por narcóticos (SIN)/ hiperalgesia gastrointestinal inducida por opiáceos	
E. Trastornos de la vesícula biliar y del esfínter de Oddi (EO) E1. Dolor biliar E1a. Trastorno funcional de la vesícula biliar E1b. Trastorno funcional del EO biliar E2. Trastorno funcional del EO pancreático	

Cuadro recuperado el 8 de octubre de 2023 de:

<https://www.biocodexmicrobiotainstitute.com/es/pro/los-trastornos-funcionales-intestinales-un-conjunto-definido-relacionado-con-la-microbiota> basado en Roma

IV (Drossman y Hasler (2016))

2. Guía para evaluar el perfil y gravedad de los síntomas como guía para el tratamiento basada en la sugerencia del Manual de los Trastornos

Gastrointestinales Funcionales de (Drossman y Hasler, 2016)

El tipo de síntomas, su ubicación y determinantes fisiológicos y psicosociales influyen en el tratamiento a indicar. La gravedad se tiene en cuenta de acuerdo a los síntomas manifestados por el paciente. Por ejemplo: el grado de dolor, las deficiencias psicosociales, la discapacidad y la percepción de deterioro en la calidad de vida del paciente. La gravedad de los síntomas determinará la consulta médica. En tanto un paciente que tiene bajo dolor abdominal sin otros síntomas o angustia psicológica difícilmente busque un tratamiento. Por el contrario, un paciente con sintomatología intensa, sostenida en el tiempo, que le imposibilite trabajar, se encuentre angustiado, vea disminuida su calidad de vida es frecuente que busque en primer lugar tratamiento médico. Drossman et al. (2016) establecen un perfil clínico de gravedad para el SII (el más estudiado) como guía para la intervención médica, de acuerdo a la sintomatología que va desde leve (prevalencia del 40 %), moderada (prevalencia 35 %) a severa (prevalencia 25 %).

Drossman (2016) sugiere analizar la gravedad de los síntomas para su tratamiento y describe las siguientes indicaciones para cada caso:

En pacientes con sintomatología leve, sin deterioro funcional o angustia psicológica se aconseja la psicoeducación de los TDF explicando la variedad de estímulos que producen cambios en el sistema gastrointestinal como alimentación, cambios hormonales, ciertos medicamentos y situaciones de estrés. Además es necesario explicar que un TDF es producto de la interacción de factores fisiológicos como psicológicos para producir los síntomas. Se recomienda responder con tranquilidad a las preocupaciones del paciente e indicar una dieta adecuada identificando sustancias dañinas como lactosa, cafeína, alimentos grasos, alcohol, entre otros). También observar si existe algún medicamento que cause síntomas de manera adversa para reducirse o eliminarse.

Los pacientes con sintomatología moderada pueden presentar mayor ausentismo laboral o faltas en instituciones educativas. Estos pacientes suelen relacionar eventos desencadenantes de estrés como divorcios, mudanzas, viajes, pérdidas afectivas o situaciones traumáticas, con sentimientos de tristeza o preocupación. El dolor abdominal puede ser mayor y estar más angustiados que los pacientes con síntomas leves. Podrían presentarse otras comorbilidades médicas o psicológicas. A estos pacientes además de la

psicoeducación, la tranquilidad y la dieta, se les realizará un mayor seguimiento de los síntomas. Por ejemplo, solicitarle al paciente que identifique otros factores desencadenantes (estresantes) que no tomó en cuenta inicialmente. Se indicará farmacoterapia específica para períodos de exacerbación aguda de los síntomas y tratamiento psicoterapéutico. Será más eficaz la psicoterapia en pacientes que puedan asociar los síntomas con factores estresantes. Es fundamental el papel activo del paciente en su tratamiento y la comprensión de la incidencia de los factores psicosociales para buscar un tratamiento psicoterapéutico que contribuya al tratamiento integral.

Cuando la sintomatología es severa, los pacientes suelen presentar grandes dificultades psicosociales asociadas como: ansiedad, depresión, somatización, en algunos casos trastornos de la personalidad y deterioro en el funcionamiento diario con pérdida significativa en la calidad de vida. Wouters y Boeckxstaens (2016) indican que los pacientes clasificados como graves se distinguen de los moderados por una mayor depresión y angustia psicológica. Puede registrarse un historial de abuso, redes sociales deficientes y presentar pocas expectativas realistas de curarse. Suelen sentirse estigmatizados por su condición y que nieguen la presencia de factores psicosociales en la enfermedad, por lo que es más difícil que estén dispuestos a un tratamiento psicológico o psicofarmacológico, realizando múltiples consultas médicas, solicitando nuevos estudios de diagnósticos, cambiando de especialistas para legitimar sus quejas. Al encontrarse más dispuestos a tratamientos farmacológicos, es fundamental en estos casos el enfoque del médico: a) tomando medidas en base a los hallazgos objetivos y no a la demanda del paciente (no mandar estudios innecesarios); b) establecer objetivos realistas como cambios de hábitos y rutinas en lugar de alivio o curación completa del dolor; c) comprometer al paciente en su tratamiento ofreciéndole aceptar todas las opciones terapéuticas.

Se indicará tratamiento con antidepresivos (tricíclicos o inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina). para alivio del dolor que es una característica dominante. Se debe considerar los antidepresivos para pacientes con dolor crónico y deterioro del funcionamiento diario, síntomas de ansiedad y depresión coexistentes que pueden incrementar aún más la sintomatología ya presente. Cuanto mayor es la gravedad, mayor será la intervención psicosocial y se pueden presentar otras comorbilidades que requieran de tratamientos diferentes.

3. Doce pasos mejorar la Relación Terapéutica (Black et al., 2020) extraído del Manual de Trastornos del Eje intestino- cerebro Roma IV

Panel 2: Recommendations for establishing an effective patient-provider relationship.^{33,36}

Improve patient satisfaction and engagement with the patient

Satisfaction relates to the patient's perception of the provider's humaneness, technical competence, interest in psychosocial factors, and providing relevant medical information.

Engagement relies on non-verbal communication including good eye contact, affirmative nods, gentle tone of voice, close interpersonal distance, and creation of a partner-like interaction.

Obtain the history through a non-directive, non-judgmental, and patient-centred interview

This process involves active listening and employing questions on the basis of the patient's thoughts, feelings, and experiences, rather than on the basis of a personal or preset list of questions.

Establish the immediate reason for the patient's visit and evaluate the patient's verbal and non-verbal communication

Ask the patient "What led you to see me at this time?" Reasons for the patient's visit might include the following: new or exacerbating factors, including dietary change, concurrent medical disorder, and side-effects of new medications; personal concern about a severe disease, including recent family death; personal or family stressors, including recent death or anniversary of a death or other major loss, abuse event, or history of abuse; worsening or development of psychiatric comorbidity, including depression or anxiety; impairment in daily function (recent inability to work or socialise); or hidden motive such as narcotic or laxative abuse, pending litigation, or disability claims.

Do a careful physical examination and cost-efficient investigation

A well conducted physical examination has therapeutic value.³⁶

Establish the patient's understanding of the illness and concerns

Ask questions such as "What do you think is causing your symptoms?" or "What concerns or worries do you have about your condition?"

Elicit the patient's understanding of the symptoms (illness schema) and provide an explanation that considers the patient's beliefs

An example of an explanation would be "I understand that you believe that you have an undiagnosed infection. We understand the infection is gone, but your nerves have been affected by the infection so that it feels as though it is still there, like a phantom limb".

Identify and respond realistically to the patient's expectations for improvement

Ask "How do you feel I can be helpful to you?"

When possible, provide a link between stressors and symptoms that are consistent with the patient's beliefs

Many patients are unable to associate stressors with illness. However, most will understand the effect of the illness on their emotional state. The physician could say, "I understand that you don't see stress as causing your pain, but you have mentioned how severe and disabling your pain is. How much do you think that is causing you emotional distress?"

Set consistent limits

For example, by explaining, "I appreciate how bad the pain must be, but narcotic medication is not indicated because it can be harmful."

Involve the patient in the treatment

The physician could say "Let me suggest some treatments for you to consider...What do you think of these options?"

Make recommendations consistent with patient interests

For example, "Neuromodulators can be used for depression, but they are also used to 'turn down' pain, and can be of benefit at doses lower than those used for depression."

Help to establish an ongoing relationship with the patient, or in association with a primary care provider

For instance, by reassuring the patient, "Whatever the result of this treatment, I'm prepared to consider other options, and I will continue to work with you through this."