



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.

COHORTE IV

TEMA:

“ASESORÍA COMBINADA (MÉDICO-PSICÓLOGO CLÍNICO), SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS NERVIOSA EN CLÍNICA HUMANITARIA “FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO CRESPO”.

*Trabajo de investigación previo a la
obtención del título de Magíster en
Psicoterapia Integrativa.*

**AUTOR:
LUIS MIGUEL FARFÁN SARMIENTO.**

**DIRECTOR:
MSG. MARIO MOYANO MOYANO.**

**CUENCA – ECUADOR
2015**

APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En mi calidad de Director del trabajo de investigación: **ASESORÍA COMBINADA (MÉDICO-PSICÓLOGO CLÍNICO), SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS NERVIOSA EN CLÍNICA HUMANITARIA “FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO CRESPO”**, elaborado por el Psicólogo Clínico Luis Miguel Farfán Sarmiento, con cédula de identidad N° 0103158036, egresado de la Facultad de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, en la Maestría de Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, certifico que fue dirigida observando los aspectos técnicos y reglamentarios de la normativa vigente .

Por lo tanto autorizo su presentación ante los organismo pertinentes y recomiendo se fije el día y hora para la respectiva sustentación.

Msg. Mario Moyano
DIRECTOR

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de esta investigación le corresponde exclusivamente al Psicólogo Clínico Luis Miguel Farfán Sarmiento con cédula de identidad N° 0103158036, egresado de la Facultad de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay en la Maestría de Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad del Azuay.

Psic. Luis Miguel Farfán Sarmiento
010315803-6

AUTOR

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia, sin el apoyo de ustedes ninguno de mis sueños se vieran realizados.

Luis Miguel Farfán Sarmiento.

AGRADECIMIENTO

Primero gracias a Dios, creador de todos mis sueños, fortaleza invencible pese a mis días de olvido. Motivación diaria en cada movimiento a partir de mi existencia.

El sentimiento más profundo de gratitud y amor a mis padres Adolfo y Carmen, pilares fundamentales en mi formación personal y profesional, por no escatimar esfuerzos y concederme el mejor legado que pueden dar los padres a sus hijos.

A mi esposa que con su apoyo y paciencia fue la mejor compañera fuera del salón de clase.

A mis hijas Amelie y María Emilia fuentes incomparables de amor, motivación y equilibrio para papá.

Al Mgs. Mario Moyano por el apoyo académico, motivacional y humano que con paciencia supo brindar mientras se consolidaba esta meta. Muchas

Gracias

A la Universidad del Azuay, institución educativa donde forjé mi carrera, a la Clínica Humanitaria institución que me abrió sus puertas para mi desarrollo profesional y cumplimiento de este proceso investigativo, a todos los docentes de la Maestría en Psicoterapia Integrativa, en especial al Dr. Edgar Leon que en paz descansa y al Dr. Lucio Balarezo digno ejemplo a seguir, a mis estimados compañeros con quienes compartimos gratas experiencias.

El autor

RESUMEN

La propuesta del presente trabajo investigativo, es brindar una nueva alternativa de asesoramiento psicológico para pacientes diagnosticados de Colitis Nerviosa, mediante un proceso de asesoría combinado (médico-psicólogo clínico). Para su estructuración se tomó en cuenta las aportaciones teóricas y metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad.

En un primer momento se da a conocer la teoría del diagnóstico de Colitis Nerviosa y de la asesoría como recurso psicoterapéutico, para luego estructurar teóricamente el plan de intervención junto con guías que pueden facilitar su entendimiento y aplicación. Y por, último se efectuó un estudio estadístico comparativo entre la asesoría combinada y los tratamientos aislados a nivel médico y psicológico; en los cuales se efectuaron: evaluaciones, entrevistas e intervenciones; logrando reducir el impacto al recibir el diagnóstico, prevenir la recidiva sintomática y por consiguiente una resolución de diversas conflictivas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de cada uno de los pacientes, los cuales siempre estuvieron vistos desde una óptica humana y no diagnóstica.

ABSTRACT

ABSTRACT

The proposal of this research work is to offer a new alternative to psychological counseling for patients diagnosed with Nervous Colitis, through a combined counseling process (doctor-general practitioner- psychologist). For its structure, we took into account the theoretical and methodological contributions from the Ecuadorian Integrative Schema - Model Focused on Personality. First, we presented the theory of Nervous Colitis diagnosis, and counseling as a psychotherapy resource; then, we structured theoretically the intervention plan with guidelines for its understanding and application.

Finally, we performed a comparative statistical study between combined counseling and individual treatments (medical and psychological) by means of assessments, interviews and interventions; so as to reduce the impact when the diagnosis is presented, prevent symptomatic recurrence; and therefore, the resolution of various conflicts to improve the quality of life of each patient, who were always seen from a human and not from a diagnostic perspective.

KEYWORDS: Consulting, Colitis, Integrative Model, Personality, Relapse, Resolution.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE TEMÁTICO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE TEMÁTICO	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1	
COLITIS NERVIOSA	
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 ANTECEDENTES	3
1.2 DEFINICIONES DE COLITIS NERVIOSA.....	5
1.3 Etiología de la Colitis Nerviosa	6
a) Causas orgánicas o fisiológicas:.....	6
b) Causas psicológicas.....	7
c) Causas ambientales:	7
1.4 TIPOS DE COLITIS SEGÚN LA ETIOLOGÍA.....	8
1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	8
1.5.1 Diagnóstico diferencial:.....	9
- Distensión abdominal funcional:.....	9
- Constipación funcional.....	10
- Diarrea funcional.....	10
- Desorden funcional inespecífico del intestino	10
1.6 COLITIS NERVIOSA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA.....	11
1.7 TRATAMIENTOS.....	12
1.7.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	13
1.7.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	13
1.7.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	14
1.8 CONCLUSIONES	15

CAPITULO 2

LA ASESORÍA

2.1 INTRODUCCIÓN	16
2.2 DEFINICIONES DE ASESORÍA.....	16
2.3 SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE ASESORÍA Y PSICOTERAPIA	17
2.4 FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	19
2.5 TÉCNICAS DE CONDUCCIÓN EN EL PROCESO DE ASESORÍA.	24
2.6 FASES DEL PROCESO DE ASESORÍA.	26
2.6.1 Fase investigativa.	26
2.6.2 Planificación	27
2.6.2.1 Hoja de planificación.....	28
2.6.3 Aplicación técnica.....	28
2.7 CONCLUSIONES	29

CAPITULO 3

ASESORÍA COMBINADA (MÉDICO-PSICÓLOGO CLÍNICO), SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS NERVIOSA

3.1 INTRODUCCIÓN	30
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	31
3.3 Desarrollo	31
3.4 Reactivos psicológicos.....	33
3.5 ASESORÍA COMBINADA (MÉDICO-PSICÓLOGO CLÍNICO).....	34
3.5.1 PRIMERA: ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN	34
3.5.2 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	34
3.5.3 EJECUCIÓN: DESARROLLO DE LA ASESORÍA.....	36
3.5.4 DESARROLLO PERSONAL.....	38
3.5.5 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.....	40
3.5.6 EVALUACIÓN FINAL.....	42
3.6 TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO	42

3.7 ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA.....	43
CAPITULO 4	
RESULTADOS ESTADÍSTICOS	
4.1 MEDIDA ESTADÍSTICA.....	44
4.2 MÉTODO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	44
4.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	45
4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AISLADO SEGÚN INVENTARIO MULTIAXIAL MILLON II.....	45
4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO SEGÚN INVENTARIO MULTIAXIAL MILLON II.....	46
4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ASESORÍA COMBINADA SEGÚN INVENTARIO MULTIAXIAL MILLON II.....	48
CONCLUSIONES.....	51
4.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ENCUESTA SEAPSI.....	51
CONCLUSIONES.....	54
4.8 RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.....	55
4.8.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA.....	55
CONCLUSIONES.....	60
DISCUSIÓN	62
1. De la Metodología.....	62
2. De los Resultados.....	62
CONCLUSIONES GENERALES	65
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	70

INTRODUCCIÓN

La colitis nerviosa considerada por distintas investigaciones como trastorno digestivo funcional, ha ido incrementando su demanda en los últimos tiempos y el regreso cíclico de los pacientes a consulta pues la recidiva sintomática se evidencia continuamente.

Lo funcional de su conceptualización integra la manera de vivir del paciente, su personalidad, reacción ante instancias difíciles, estrés, rigidez de pensamiento, tolerancia a la frustración, etc., que generalmente en la consulta médica es explicado como factor psicológico.

Es así que durante mucho tiempo se ha venido ejerciendo tratamientos aislados en distintas enfermedades, sin tomar en consideración la dinámica bio-psico-social que cada individuo posee, formando factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de las diversas patologías. Por lo tanto el tratamiento para la colitis nerviosa en su mayoría ha sido un tratamiento netamente medicamentoso.

El presente trabajo investigativo propone un plan de tratamiento de asesoría en combinación con la intervención médica, en un marco de referencia que acepta las aportaciones teóricas y metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad. Este tratamiento combinado, será comparado estadísticamente con tratamientos independientes en el área psicológica y médica; para determinar cuál de ellos tuvo mejor resultado.

Se irá desarrollando en dos partes: la primera corresponde a la parte teórica dentro de la cual está el primer capítulo, en el cual se pretende dar una visión clara sobre la colitis destacando sus criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial y la relevancia de lo psicológico dentro de un proceso psicosomático; y el segundo capítulo en el que se desarrollará la asesoría como método clínico de intervención terapéutica, se generará una diferencia entre la asesoría y la psicoterapia, también se desarrollará los fenómenos

afectivos de la relación y se determinará pautas para la conducción de la asesoría así como fases según el modelo integrativo ecuatoriano.

La segunda parte corresponde a la práctica de la intervención, donde se presenta en el tercer capítulo la propuesta de asesoramiento combinado (médico-psicólogo clínico), en un marco referencial de desarrollo personal que permita al paciente conocer y resolver instancias conflictivas internas o externas que pudieran estar desencadenando o manteniendo la colitis nerviosa. Se desarrollará las pautas de manejo en los tratamientos aislados a nivel psicológico y médico. Seguidamente en el cuarto capítulo se expondrá el resultado estadístico desde un marco comparativo entre las tres intervenciones: tratamiento médico (independiente), asesoría combinada y tratamiento psicológico (independiente).

Finalmente se establecerá las respectivas conclusiones generales y las recomendaciones del presente trabajo investigativo.

CAPÍTULO 1

COLITIS NERVIOSA

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos se ha incrementado el número de pacientes con distintas patologías a nivel digestivo, sin causa única de inicio; entre estas enfermedades es frecuente el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable más conocido en nuestro medio como Colitis Nerviosa; cada paciente que es ubicado dentro de este contexto clínico suele recibir información de cierto componente psicológico en el inicio o mantenimiento de su enfermedad.

Por consiguiente en el presente capítulo se pretende dar a conocer qué es la Colitis Nerviosa, cómo interactúa con la dinámica del ser humano desde una perspectiva integral más que diagnóstica y/o curativa; de ésta forma se hará un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pudieran confundir por sus síntomas y herrar la posibilidad de tratamiento.

Se ofrecerá una visión de esta enfermedad desde lo psicosomático, no como un término dicotómico sino lo contrario una alianza inherente de sistemas que interactúan todo el tiempo ya sea en el camino de la salud o de la enfermedad.

1.1 ANTECEDENTES

“Existe una gran lista de posibles causas con observaciones, experiencias e hipótesis, así se ha pensado atribuir la responsabilidad de esta enfermedad a infecciones específicas, alteraciones vasculares en la membrana de la mucosa intestinal, producción excesiva de enzimas capaces de disolver el moco protector de la superficie de la pared del colon o una hipersensibilidad especial de la mucosa a los alimentos”. (Clériga, 2011)

Él mismo afirma que entre los modelos interpretativos sobre el origen de la colitis nerviosa.

“ha tomado cada vez mayor fuerza la hipótesis de una estrecha relación con la personalidad del paciente, concretamente la relación entre estrés, la ansiedad, pacientes reservados en su vida afectiva y una enorme intelectualización, inflexibilidad refleja, rigidez con la moralidad y las reglas de comportamiento social, contacto interpersonal pobre y mecanicista”. (Ibídem)

La certeza de esta relación ha sido tan manifiesta desde el comienzo que se ha llegado a considerar la colitis como uno de los ejemplos más típicos de enfermedad psicosomática.

“Los estudios realizados llegaron a conclusiones afirmativas en cuanto a la injerencia de lo funcional en el diagnóstico de colitis nerviosa” (Silva, Díaz, Acuña, & García, 2011)

“así como la aceptación de que varios estímulos pueden alterar la respuesta intestinal, comparando al tubo digestivo como un cerebro intestinal complejo con conexiones directas a mediadores bioquímicos pre y pos sinápticos lo que hace que varios factores modifiquen la respuesta intestinal” (MURAL, 2012).

De esta manera los factores psicológicos toman relevancia en la aparición del diagnóstico de la colitis nerviosa, en el mantenimiento de la sintomatología y por ende la posibilidad de tratamiento se amplía a algo más que solamente una intervención medicamentosa; que quizá por las dicotomías presentes entre las diferentes profesiones, o la falta de información sobre la enfermedad, el desconocimiento de la interacción cuerpo mente en un organismo conjunto de sistemas, etc., aún no se ha brindado un tratamiento distinto a lo convencional.

1.2 DEFINICIONES DE COLITIS NERVIOSA

Existen varias definiciones sobre la colitis nerviosa las cuales apuntan generalmente a su etiología y por ende a la posibilidad de tratamiento.

(Silva, Díaz, Acuña, & García, 2011):

“Trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por la asociación de dolor o molestia abdominal y alteraciones en el hábito deposicional, incluye entre los trastornos funcionales porque no se conoce que tenga una causa orgánica, y en la actualidad parece deberse a anomalías de la función digestiva, especialmente de la motilidad o de la sensibilidad”.

Clériga (2011), define a la colitis como: “Trastorno gastrointestinal que consiste en una inflamación del colon y, por extensión, de todo el intestino grueso”.

Algo parecido cita el Dr. Rodolfo Murillo (2004) al describir la colitis como; “trastorno gastrointestinal que consiste en una inflamación del colon y por extensión de todo el intestino grueso, en términos generales, abarca una gran variedad de procesos, que van desde los crónicos hasta los agudos y transitorios, desde los que tienen una causa específica hasta los que presentan una causa desconocida”.

Por consiguiente, el síndrome de colon irritable o colitis nerviosa es un trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por la asociación de dolor o molestia abdominal y alteraciones en el hábito deposicional, que parece deberse a distintas causas las cuales en lugar de definirse se han venido ampliando, llegando a validarse la fusión de lo orgánico y lo psicológico sin importar quizá quien antecede a su aparición.

1.3 Etiología de la Colitis Nerviosa

Clériga (2011), manifiesta que los factores orgánicos y los psicológicos interactúan continuamente y no muestran límites muy claros, lo cual en muchos casos dificulta su tratamiento y asegura que para obtener resultados duraderos es necesario identificar los aspectos psicológicos emocionales de esta enfermedad; es así que entre las diversas causas que aún continúan en estudio se pueden distinguir causas orgánicas, psicológicas y ambientales.

Murillo (2004), manifiesta que;

“Nuestro organismo reacciona de diversas formas ante la presión emocional. El colon o intestino grueso es una de las partes que más sufre ante esta presión o estrés y produce trastornos en las funciones del colon, además la forma en que nos alimentamos influye también”.

Murillo (2004), expone de manera general los parámetros que describe como factores causales del diagnóstico de colitis nerviosa.

a) Causas orgánicas o fisiológicas:

- Alteraciones vasculares en la membrana de la mucosa intestinal.
- Producción excesiva de enzimas.
- Hipersensibilidad especial de la mucosa a los alimentos.
- Hipersensibilidad visceral.
- Alteraciones motoras gastrointestinales.
- Malabsorción de hidratos de carbono.
- Reacciones auto-inmunes.

- Sobre-crecimiento bacteriano intestinal.
- Otras.

b) Causas psicológicas

- Ansiedad.
- Depresión.
- Personalidad.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Miedos vinculados a los mismos síntomas.
- Exageración en el cumplimiento de normas.
- Represión emocional.
- Incapacidad de resolver problemas.
- Otras.

c) Causas ambientales:

- Hábitos alimenticios: (comida con excesiva cantidad de grasa, exageración en la cantidad, comida chatarra, gaseosas, etc.)
- Escasa actividad lúdica o deportiva.
- Estrés.
- Depresión.
- Otras.

1.4 TIPOS DE COLITIS SEGÚN LA ETIOLOGÍA

- Amebiana: Debida a infección por amibas (Amoeba Coli o Entamoeba histolytica).
- Isquémica: Como consecuencia del cierre de una arteria y la consiguiente falta de oxígeno a los tejidos del colon.
- Colon Irritable: trastorno funcional o de la motilidad del colon muy frecuente en nuestro tiempo y que la gente llama colitis nerviosa.
- Vírica: Causada por virus.
- Idiopática: De causa desconocida.
- Poliposa: Inflamación de las últimas partes del colon debido a la presencia de levantamiento de la mucosa del colon llamados pólipos.
- Ulcerosa: Ulceración crónica del colon, con exacerbaciones episódicas que afecta de forma constante el recto y pueden extenderse a lo largo todo el intestino de causa no conocida

1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(Silva, Díaz, Acuña, & García, 2011), Mencionan los siguientes “criterios diagnósticos y el diagnóstico diferencial” definidos por el Comité Internacional de Trastornos Funcionales Intestinales.

Para el diagnóstico de Colitis Nerviosa se requiere de al menos doce semanas, no necesariamente consecutivas en los doce meses anteriores con dolor o molestias abdominales de las siguientes características:

- Se alivian al defecar.
- Su inicio ha estado asociado a un cambio en la frecuencia de la defecación.
- Su inicio ha estado asociado a un cambio de la forma o aspecto de las heces.
- Frecuencia anormal de la defecación (más o menos tres movimientos intestinales por día o menos deposiciones por semana).
- Aspecto anormal de las heces (grumosas, duras, blandas, acuosas).
- Paso anormal de las heces (estreñimiento, urgencia o sensación de una evacuación incompleta).
- Paso de mucosidades.
- Hinchazón o sensación de distensión abdominal.

1.5.1 Diagnóstico diferencial:

Es necesario conocer las diversas entidades clínicas a nivel digestivo de tal manera que se evite equivocaciones en el diagnóstico y por ende en el tratamiento. A continuación se exponen cada una de ellas con su sintomatología particular.

Distensión abdominal funcional:

Al menos doce semanas, no necesariamente consecutivas en los doce meses anteriores de:

- Sensación de hinchazón abdominal o distensión visible.
- Insuficientes criterios para el diagnóstico de una dispepsia funcional, colitis nerviosa u otros desórdenes funcionales.

Constipación funcional

Al menos doce semanas, no necesariamente consecutivas en los doce meses anteriores de dos o más episodios de:

- Estreñimiento en $> \frac{1}{4}$ de las defecaciones.
- Heces duras o apelmazadas en $> \frac{1}{4}$ de las defecaciones.
- Sensación de evacuación incompleta en $> \frac{1}{4}$ de las defecaciones.
- Maniobras manuales para facilitar la evacuación en $> \frac{1}{4}$ de las defecaciones.
- Menos de 3 defecaciones por semana.
- No hay presencia de heces blandas y no hay criterios suficientes para el síndrome de colon irritable (colitis nerviosa).

Diarrea funcional

Al menos doce semanas, no necesariamente consecutivas en los doce meses anteriores de:

- Heces blandas (pastosas) o acuosas.
- Presentes en $> \frac{3}{4}$ de las veces.
- No hay presencia de dolor abdominal.

Desorden funcional inespecífico del intestino

Son síntomas intestinales en ausencia de una enfermedad orgánica que se encuentra en las anteriores categorías de desórdenes intestinales funcionales.

1.6 COLITIS NERVIOSA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA

Desde la conceptualización de la colitis nerviosa se ha mencionado que es uno de los ejemplos característicos de enfermedad psicosomática, que para muchos genera sesgos etiológicos encasillados en el diagnóstico y nubla la visión integral orientada al tratamiento, siendo la prioridad que demanda el paciente.

Es importante comprender que el término psicosomático o mente-cuerpo no es una fragmentación, sino una integración constante que por aspectos didácticos se la emplea con una perspectiva separatista. El DSM-IV de la American Psychiatric, “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, sostiene en su introducción que: “el término trastorno mental implica desafortunadamente una distinción entre trastornos mentales y físicos siendo esto un anacronismo reduccionista del dualismo mente cuerpo” (DSM-IV, 1995, pág. 21). Aquí se reafirma la visión de que intentar descubrir quien enferma a quien (cuerpo o mente), no tiene sentido, pues son una integración constante en salud o enfermedad.

Distintas investigaciones han afirmado la relación entre la personalidad, el estrés, la rigidez, etc., con el diagnóstico de colitis nerviosa definiéndola como una entidad psicosomática sin que importe el aparente inicio causal sino simplemente la adherencia o la integración de los distintos sistemas. Es así que se ha podido observar cómo la expresión de la conflictiva psicológica se da conjuntamente con trastornos a nivel orgánico, así como las patologías con síntomas predominantemente orgánicos cursan con alteraciones psíquicas y sociales afectando las relaciones interpersonales.

Dubourdieu (2014), afirma que los conocimientos actuales dan cuenta de la imposibilidad de disociarlos, ya que siempre ambas áreas se hallan implicadas aunque puedan los síntomas ser más evidentes en una de ellas. Pero ante las limitaciones se sigue empleando el término de “alteración o trastorno mental o psíquico” u “orgánico” para dar cuenta de un predominio etiológico o

sintomático en un área, aunque siempre considerando que los otros sistemas están indefectiblemente involucrados.

Dubourdieu (como lo citó Alexander 2005), diferencia que:

“Las alteraciones relacionadas con la hiperactivación del sistema simpático (reacción de lucha o huida ante un estresor) y las alteraciones a predominio del parasimpático en respuestas más pasivas que podrían favorecer la úlcera gastroduodenal y el asma. La especificidad psicósomática, se podría dar por la vulnerabilidad de los órganos afectados, correlacionando el estímulo emocional y lo fisiológico. Esta concepción relaciona los rasgos de personalidad con la organización psíquica subyacente y los conflictos inconscientes”.

Es importante dar un recorrido a la historia para organizar un constructo que nos permita entender que no somos entes aislados ni dentro ni fuera y que aquellas enfermedades por las que atravesamos siempre tendrán un contexto bio-psico-socio-cultural-espiritual en una asociación con fronteras imaginarias.

La colitis nerviosa no puede dividir sus componentes de interacción ni en su diagnóstico peormente en su tratamiento, caso contrario tendremos regresos cíclicos o mayores afecciones.

1.7 TRATAMIENTOS

Según distintas recomendaciones y entre ellas la de Roma II siendo la entidad internacional promotora de diversos estudios en Colitis Nerviosa, sugiere los siguientes métodos dividiéndolos en farmacológicos y no farmacológicos. Cabe recalcar que todos los posibles tratamientos que se ofrecen para la Colitis Nerviosa se basan en éstos parámetros.

1.7.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los síntomas a los cuales va dirigido el tratamiento farmacológico son: dolor o malestar abdominal, estreñimiento, diarrea, ansiedad, depresión, etc.; dependiendo el síntoma predominante.

Para el estreñimiento se recomienda iniciar con laxantes formadores de masa o laxantes con efecto osmótico. Para el dolor abdominal se recomienda los anticolinérgicos con efecto espasmódico, siempre y cuando se acompañe de modificaciones en la alimentación y el estilo de vida.

En caso de dolor se puede utilizar analgésicos por tiempos cortos (1 a 3 días), siendo la primera opción Paracetamol. También se recomienda el uso de los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (Fluoxetina, Sertralina, Citalopram y Paroxetina).

En caso de ansiedad y depresión se recomienda los antidepresivos tricíclicos dado su efecto antimuscarínico que disminuye los síntomas y el dolor.

1.7.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El ejercicio físico, una dieta equilibrada y dedicar un tiempo suficiente a la defecación mejoran los síntomas en el paciente con colitis nerviosa. Se recomienda en algunos pacientes evitar el uso de cafeína, las grasas, el alcohol, huevos, trigo, frutos secos o la leche ya que pueden exacerbar la sintomatología.

Una buena relación médico-paciente se asocia a una menor necesidad de consulta, mayor satisfacción del paciente y reducción de síntomas. Los pacientes con colitis nerviosa que tienen estrés crónico desarrollan en el 41% más síntomas que los que no tienen estrés por lo que se recomienda asistir a terapia psicológica.

1.7.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Dubourdieu (2014) desde su perspectiva de integración psiconeuroinmunoendocrinológica, cita que en las dos últimas décadas el enfoque de las alteraciones que afectan a las distintas ciencias de la salud en lo que refiere a tratamiento, diagnóstico y conocimiento fisiopatológico de las enfermedades ha cambiado radicalmente. Este cambio está basado en el avance en el conocimiento de varias especialidades como la neurociencias, la biología molecular, la inmunología, la endocrinología, etc.

El descubrimiento en los últimos años de las hormonas sintetizadas por el sistema nervioso central, ha modificado conceptos básicos que se han mantenido por más de un siglo. Un hecho fundamental en estos nuevos conocimientos, es que las mismas hormonas nerviosas que regulan al funcionamiento de los distintos sistemas del organismo (inmunitario, endócrino, digestivo, etc.), regulan asimismo el comportamiento, las conductas, las emociones, etc. Este hecho permite sustentar la base de que una enfermedad no altera un sistema (el endócrino en el caso de la diabetes, el neuropsíquico en el caso de la enfermedad de Alzheimer), sino que se afecta el organismo en su totalidad.

En base a estos hechos queda claro que una enfermedad puede tener su origen en el sistema neuropsíquico (trastornos de ansiedad, depresión, etc.) y manifiesta en el sistema inmunológico (lupus, leucemia, etc.) en el sistema endócrino (hipertiroidismo), en el aparato circulatorio (hipertensión), la piel (psoriasis), el aparato digestivo (úlceras, colitis, tumores, etc.)

Estos enfoques han llevado a un camino de la “medicina interdisciplinar” conceptualizada como un tratamiento integral al paciente. La formación de los profesionales ha sido y es en la actualidad deficiente en el aspecto de integración, lo que redundará en serias dificultades para interpretar y tratar las enfermedades, como así también en la comunicación de los distintos especialistas.

Es así que un tratamiento psicológico, a pacientes con colitis nerviosa puede generar aportaciones significativas pues se está validando la necesidad del fármaco, la organicidad del diagnóstico; así como también se estaría considerando los factores psicológicos, emocionales, las conflictivas existentes o cualquier otro parámetro que impide la solución definitiva a su enfermedad.

Es evidente que dentro de nuestra cultura se busca procedimientos inmediatistas de cura a cualquier enfermedad, quedando así en alto porcentaje invalidado el recurso psicoterapéutico en comparación del farmacológico; sin embargo no se pretenden crear sesgos diferenciales sino al contrario poderlos unir cuando es necesario y crear una fuente de tratamiento que prolongue la mejoría y prevenga la sintomatología cíclica.

1.8 CONCLUSIONES

- La colitis nerviosa es un trastorno digestivo funcional que se caracteriza por alteraciones en el hábito deposicional y está causado por diversas instancias, entre ellas y en la actualidad es el aspecto psicológico al que más se le considera como factor causal o mantenedor.
- Se enmarca a la colitis nerviosa dentro de las enfermedades psicosomáticas, entendido este término con fines didácticos y no dicotómicos pues se acepta la integridad de sistemas dentro del ser humano.
- Es necesario conocer las diferencias entre Colitis Nerviosa y otras entidades clínicas a nivel digestivo, para no errar en el diagnóstico y en su posibilidad de tratamiento.
- Lo psicológico del diagnóstico de Colitis Nerviosa no hace referencia a un deseo consciente de querer adquirir tal enfermedad; sino a una incapacidad o falta de voluntad, de la persona hombre o mujer, por corregir ciertos aspectos de su vida.

CAPÍTULO 2

LA ASESORÍA

2.1 INTRODUCCIÓN

Tomando como marco referencial la siguiente afirmación del Dr. Balarezo (2004), quien dice que;

“La verdadera esencia de la intervención psicológica no radica en la simple comunicación o conversación entre dos o más personas, ni en procurar la adaptación pasiva del sujeto a su medio o el alivio circunstancial de sus molestias; sino está en la incitación de transformaciones en la personalidad que impriman un sentido a la actividad y reflejen un nuevo estilo de autorresolución”

Se pretende generar a esta herramienta como una posibilidad teórica científica ajustable a los pacientes con colitis nerviosa.

A continuación se pretende dar a conocer básicamente el referente conceptual que abala a la asesoría psicológica como fuente de tratamiento para diversas problemáticas, principalmente donde la dificultad de resolución de conflictos intra o interpersonales, más la incapacidad autónoma de modificación de ciertos comportamientos; crean o mantienen diversas patologías que generalmente se muestran con síntomas a nivel físico.

2.2 DEFINICIONES DE ASESORÍA

Diversos son los autores que definen qué es la asesoría, por tal razón señalaremos los más representativos en este terreno:

Balarezo (como lo citan Hahn & Maclean, 1955), definen a la asesoría como: “Un proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona, entre un individuo perturbado por problemas que

no puede manejar solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales”

Balarezo (2004) señala que: “El asesoramiento constituye una modalidad de ayuda en la que, sobre la base de criterios recogidos mediante entrevistas y/o reactivos, se orienta a cerca de la resolución de problemas o conflictos. Puede ser aplicada también con fines de orientación, sea vocacional o profesional en el sector educativo o como integrante del desarrollo organizacional en psicología industrial. En el sector clínico no son raros los casos en los cuales se procura un asesoramiento o guía directivos sobre algunos problemas de adaptación” (Pág. 33).

Soriano (como lo citaron Barreto Martín, Arranz y Carrillo, y Molero Zafra (1997): “La asesoría o counseling es el arte de hacer reflexionar a una(s) persona(s), por medio de preguntas, de modo que pueden llegar a tomar la decisión que considere adecuadas para él y para su salud”.

Por lo tanto la asesoría es, un vínculo de ayuda entre el asesor y el asesorado que voluntariamente busca alternativas de resolución a diversas conflictivas intra o interpersonales que sobrepasan su capacidad resolutive.

2.3 SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE ASESORÍA Y PSICOTERAPIA

Balarezo (2002) en su libro “Psicoterapia, Asesoramiento y consejería” señala que existen aspectos semejantes y diferenciales entre asesoría y psicoterapia, que son los siguientes:

Semejanzas:

1. Ambos se refieren en términos generales, a la relación de ayuda que se brinda a una persona o personas con problemas.

2. Se encuentran dentro del contexto de la conducta o comportamiento humano.
3. Manifiestan criterios sobre la salud mental participando en mayor o menor medida en las fases respectivas.
4. Persiguen como meta influir en sentido positivo sobre la personalidad.
5. En las dos se privilegia la acción interpersonal sobre todo de tipo verbal, como recurso a través del cual se brinda ayuda.

Diferencias:

1. La psicoterapia supone el tratamiento de enfermedades psíquicas, hecho que conlleva implícitamente la noción de enfermedad por su propio concepto, mientras que el asesoramiento se aplica más a las personas normales con problemas de adaptación o con conflictos personales e interpersonales. No obstante, en muchos terrenos no es excluyente sino complementaria.
2. Existe una diversa formación académica entre los profesionales que actúan en estas disciplinas, la psicoterapia se encuentra relacionada directamente con la Psicología Clínica, mientras que el asesoramiento puede estar en la Psicología Clínica, Laboral y Educativa.
3. Por las consideraciones anteriores, el contexto de trabajo en psicoterapia y asesoramiento puede ser diferente.
4. La intensidad de la relación y el tiempo de contacto es diferente, pues la psicoterapia es un proceso más profundo y de mayor duración que el asesoramiento.

En síntesis la diferencia básica entre estas relaciones de ayuda estaría enfocada en que la psicoterapia apunta a tratar con personas con trastornos y la asesoría a personas con problemas; éste es el sustento técnico de una probabilidad de abordaje a pacientes con enfermedades pues a decir de las diversas investigaciones “hay algo” en cada uno de estos pacientes que no lo pueden manejar y lo predisponen a la somatización en una integración mente-cuerpo.

Si tomamos en consideración a la asesoría como fuente de ayuda en la que dos seres humanos (terapeuta-paciente), interactúan en una dirección proactiva y estimulante orientada a superar cualquier complicación que deteriore su equilibrio; se estaría validando a este recurso psicológico como una opción a mejorar las dificultades funcionales que un paciente con colitis nerviosa esté atravesando.

2.4 FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Las diversas corrientes terapéuticas tienen distintas maneras de concebir a la relación existente entre el asesor y el asesorado, estas diferencias radican en el modo de entender la naturaleza de la relación. A continuación se detalla algunos de los fenómenos afectivos según la Perspectiva Integrativa Ecuatoriana Focalizada en la Personalidad.

- **Rapport.-** Balarezo 2003 lo define como: “Sensación de comodidad, entendimiento mutuo de incondicionalidad e intereses recíprocos que surgen entre el paciente o asesorado y el terapeuta o asesor”. (p.65)

CONDICIONES

-Debe ser un estado permanente durante todo el proceso.

-No es factible forzarlo ni crearlo artificialmente.

-Se favorece por la presencia de fenómenos transferenciales positivos por parte del paciente, y el control de contratransferencias por parte del terapeuta.

SUGERENCIAS

Cordialidad y ausencia de conductas torpes.

Iniciación con temas neutros o sucesos conocidos por ambos.

Actitud amistosa, atenta e interesada.

Control de fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

Figura 1 Rapport.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 199)

- **Empatía.-** Schertzer & Stone (como se cito en Carl Rogers (1961) la define como: “Sentir el mundo privado del cliente como si fuera propio, pero sin perder nunca esa cualidad del “como si”, esto es empatía algo que parece esencial para la terapia. Sentir la ira, el temor o la confusión del cliente como si fueran propios, pero no obstante sin que se confundan con ellos la propia ira, el propio temor o la propia confusión es el estado que intentamos describir”.

Balarezo (2003) la define como: “Sintonización afectiva – cognitiva del terapeuta durante el proceso para sentir como si fuera el paciente”.

La empatía presenta ciertas dimensiones que se presentan en el proceso de asesoría, que son las siguientes: Shertzer & Stone (como lo citó Buchheimer; 1961).

- a) **Tono.-** dimensión expresiva y no verbal manifestada cuando dos personas interactúan con armonía y unidad expresivas.
- b) **Ritmo.-** ordenación temporal adecuada de las respuestas orientadas del asesor.
- c) **Flexibilidad.-** capacidad del asesor para descartar las tácticas o las metas que previamente había considerado sino se adecúan a la situación del asesorado.
- d) **Percepción del marco referencial del asesorado.-** capacidad del asesor para abstraer la esencia de las preocupaciones del cliente y formularla de un modo objetivo y asimilable, de manera que le sea posible elaborarla a éste.
- e) **Repertorio de respuestas estimulantes.-** recursos mediante los cuales, el asesor modifica sus intervenciones de modo que se aplique tanto al contenido manifiesto como al contenido dinámico de la expresión del cliente.

SUGERENCIAS PARA SU ESTABLECIMIENTO

- Es una condición natural humana más que aprendida.
- Debe ser un rasgo evaluado en la selección.
- Puede ser mejorada moderadamente durante los proceso de supervisión y auto-conocimiento.
- Inicialmente se debe inducir un adiestramiento en la sintonización afectiva del terapeuta con el paciente y posteriormente controlar la distancia emocional entre ellos.

Figura 2 Empatía.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 202)

- **Resistencia.-** Balarezo (2003) la define como: “La oposición y defensas conscientes e inconscientes que impiden el inicio del proceso, el acceso a los componentes cognitivos y afectivos de la historia vital del sujeto, a las sugerencias, recomendaciones, o modificaciones en el sentir, pensar o actuar del paciente”.

CONDICIONES GENERALES

- Enfocarla como proceso consciente y/o inconsciente.
- Emplear el concepto de mecanismos de defensa para su identificación.
- Considerar en su expresión los componentes cognitivos y afectivos en se estructura.
- Identificar el predominio de mecanismos de defensa de acuerdo al estilo de personalidad.

Figura 3 Resistencia.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 2003)

SUGERENCIAS PARA SU MANEJO

1. Estrategias de respeto:
 - Al inicio del proceso para facilitar el rapport.
 - Cuando obedecen a valores y creencias personales y culturales.
 - Cuando su develamiento sea riesgoso en el proceso.
2. Estrategias de manejo:
 - Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones.
 - Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos.
 - El reforzamiento de mecanismos de defensa solo se emplea en la psicoterapia breve o con propósitos coyunturales durante el proceso.

Figura 4 Resistencia.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 2004)

- **Transferencia.-** Balarezo (2002) la define como: “Sentimientos racionales e irracionales que surgen del paciente hacia el terapeuta y que pueden referirse a necesidades actuales o experiencias del pasado”. Existen dos tipos:

Transferencia Positiva.- expresión de afectos: amor, simpatía, gratitud, ayuda.

Transferencia Negativa.- expresión de afectos: celos, hostilidad, ira, agresión, temor.

INDICADORES GENERALES DE TRANSFERENCIA VERBAL Y NO VERBAL

- Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas.
- Reiteraciones sobre temas superfluos.
- Insinuaciones de acercamiento en la distancia social.
- Verbalizaciones directas de las emociones.
- Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta o asesor.
- Expresiones verbales seductoras.

- Llegadas anticipadas o tardías a la consulta.
- Demostraciones excesivas de puntualidad.
- Modos especiales de arreglo personal.
- Compostura insinuante durante la entrevista.
- Posiciones corporales.
- Manifestaciones vegetativas.
- Gestos auto dirigidos.

Figura 5 Trasferencia.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 206)

SUGERENCIAS PARA EL MANEJO DE LA TRANSFERENCIA

- Autoanálisis del terapeuta para juzgar su actitud.
- Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia.
 - Frecuencia de sesiones.
 - Duración de sesiones.
 - Modificación de los temas de discusión.
- Manejo con discusión e interpretación de la transferencia.
 - Personalidad del paciente.
 - Momento del proceso.
 - Condiciones técnicas.
- Derivación del paciente a otro terapeuta.

- **Contratransferencia.-** La define como: “La expresión de afectos o sentimientos racionales e irracionales por parte del terapeuta hacia el paciente”. (Balarezo 2002)

EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA

- Afectos positivos o negativos.
- Disgusto irrazonable.
- Incapacidad para simpatizar.
- Reacción hiperemocional ante la hostilidad del paciente.
- Excesiva atracción.
- Insinuaciones verbales y no verbales.
- Incomodidad o temor a la entrevista.
- Dificultades para prestarle atención.
- Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones.
- Acercamientos afectivos y corporales.

Figura 6 Contratransferencia.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 207)

SUGERENCIAS PARA EL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA

- Identificación del fenómeno mediante la auto-observación.
- Resolución de conflictos personales del terapeuta.
- Consulta profesional con colega.
- Derivación del paciente a otro terapeuta.
- Proceso de terapia o autoconocimiento previo, durante el proceso de formación como psicoterapeuta y en su vida profesional.

Figura 7 Contratrtransferencia.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 208)

2.5 TÉCNICAS DE CONDUCCIÓN EN EL PROCESO DE ASESORÍA.

Existen diferentes enfoques que muestran la manera de conducir un proceso de asesoría, sin embargo todos se refieren a la forma de iniciar y mantener la comunicación verbal y no verbal durante las sesiones. Es importante destacar que los diferentes enfoques varían en la forma en que se conduce la relación, por tal razón usaremos el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad, que establece de manera armónica y coherente un acercamiento de esas posturas, para ser aplicadas en un proceso psicoterapéutico como la asesoría.

Balarezo (2013), expone técnicas comunicacionales empleadas en el Modelo Ecuatoriano:

- **Reformulación de contenidos.-** Es la repetición textual o casi textual de una comunicación del paciente que busca demostrar atención y producir un efecto de retroalimentación.
- **Recapitulación.-** Es un resumen de varias comunicaciones del paciente resaltando los aspectos más importantes; se la efectúa al inicio de una sesión, al final como cierre o, luego de terminar un tema tratado.
- **Interrogación o pregunta directa.-** Es un cuestionamiento sobre aspectos claros directos y precisos evitando monosílabas o de doble respuesta.

- **Incitación general.**- Es una comunicación corta verbal o no verbal que facilita el relato del paciente reemplazando en forma apropiada a las interrogantes.
- **Proporción de información.**- Es un aspecto técnico psico-educativo, donde se está promoviendo en el terapeuta un rol docente sobre aspectos que conoce por su formación profesional, los cuales permiten aclarar situaciones desconocidas o conocimientos distorsionados por parte del paciente.
- **Sugerir o dar consejos.**- El asesor expone su propia opinión sobre temas neutros, cuidando que no se incremente la dependencia del paciente.
- **Intervención de encuadre o estructuración.**- Hace referencia a tratar temas vinculados con la estructuración de la relación terapéutica como naturaleza, didáctica del modelo, duración de tratamiento y sesiones, costos.
- **Reafirmación o frases de apoyo.**- Es el apoyo emocional al paciente basándose en sus logros y capacidades presentes y anteriores.
- **Generalización.**- Es la extensión o ampliación del problema del paciente comparándolo con otras personas o casos similares, con el propósito de disminuir su ansiedad y así facilitar la comunicación.
- **Reflejo de sentimientos.**- Ubicación afectiva del terapeuta como espejo de los sentimientos y emociones del paciente para demostrarle la comprensión de los mismos.
- **Confrontación o señalamiento.**- Se refiere a las precisiones o rectificaciones de los enunciados, errores y/ u omisiones por parte del paciente.
- **Comunicación paradójica.**- Es una verbalización por parte del asesor que busca un efecto contradictorio o una acción opuesta a la que señala en el mensaje.
- **Silencio.**- Comprende todas las pausas que iniciada por el paciente o el asesor tienen aplicación y utilidad en el proceso.

Puede servir para que el asesorado asuma la responsabilidad de sus problemas, para controlar el ritmo del proceso, para ayudarle al sujeto a la asimilación de sentimientos o pensamientos, o para crear un ambiente de angustia necesario para la terapia.

- **Interpretación.**- Es la intervención que define las relaciones y significados de la conducta del paciente. Suele emplearse también para mejorar el autoconocimiento del paciente o cuando se intenta modificar actitudes, pensamientos y emociones durante el proceso.
- **Interpretaciones de las comunicaciones no verbales.**- Otra parte de la comunicación que debe observar, captar o interpretar el asesor es la conducta no verbal del paciente, que se encuentra representada por la mímica, gestos, actitudes corporales y modificaciones orgánicas-funcionales observables.

Por consiguiente, el cómo se conduzca la comunicación dentro del proceso de asesoría es de vital importancia, pues determinará la adherencia al proceso y la posibilidad del cumplimiento de los objetivos. Por esta razón es importante crear un proceso sistematizado y no apelar a la improvisación.

2.6 FASES DEL PROCESO DE ASESORÍA.

Este aporte se fundamenta en los lineamientos propuestos por el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad, dicho proceso de asesoría se encuentra constituido por tres etapas que son: investigación diagnóstica, planificación y aplicación técnica, en cada una de estas etapas se encuentran incluidas distintas sub-fases de abordaje.

2.6.1 Fase investigativa.

En esta etapa se realiza un estudio integral del paciente desde los puntos de vista biológico, psicológico y sociocultural. Se procede siguiendo el esquema

de la historia clínica psicológica para cuyo efecto se acude a datos recolectados mediante observaciones, entrevistas y aplicación de reactivos psicológicos. Es importante considerar que en esta etapa se debe estructurar la relación terapéutica definiendo la naturaleza, objetivos, metas, roles, técnicas y actividad del paciente durante la acción terapéutica.

A parte de los elementos constitutivos del historial clínico psicológico como son el motivo de consulta, la historia de la enfermedad, la anamnesis personal, social, familiar, laboral desde el punto de vista normal y patológico, se efectúa una evaluación psicológica que generalmente contempla el examen de funciones y los resultados de los reactivos psicológicos. Es importante que en ésta etapa la posición del asesor o terapeuta no sea directiva para evitar la deserción temprana del paciente.

2.6.2 Planificación

En esta etapa se establece la modalidad y las técnicas más apropiadas que se utilizarán en el tratamiento sistemático del paciente; es una etapa que transcurre sin la presencia del paciente a pesar que él debe conocer cuál será la forma de intervención pues de no ser así se puede correr el riesgo de deserciones u otros factores que deterioren la relación de ayuda. La modalidad a emplearse no es rígida está abierta a cambios si es necesario, debe entenderse que la estructura de un ser humano es dinámica por lo que es imposible generar una herramienta terapéutica única que funcione.

Balarazo (2012) indica que:

“Cada paso es diferente en cuanto a la dinámica psicológica que presenta y a pesar de suponerse la utilización de las mismas técnicas en igual trastorno, no debe soslayarse el hecho de que los sujetos y las enfermedades difieren mucho por las condiciones de individualidad de cada persona y por la multiplicidad de fenómenos etiológicos que se pueden encontrar en cada cuadro”

2.6.2.1 Hoja de planificación

Mediante esta herramienta, se pretende tener una visión objetiva de la situación que atraviesa determinado paciente, así como una gráfica constructiva de la posibilidad de tratamiento mediante el proceso de asesoría. Se busca además evitar tratamientos carentes de una planificación que pudieran generar perjuicio al paciente o al asesor.

Dentro de ésta hoja de planificación constarán los siguientes aspectos:

- Formulación Etiopatogénica (factores predisponentes, determinantes y desencadenantes interrelacionados con la patología).
- Descripción de la personalidad (áreas deficitarias y de adecuación).
- Objetivos que deberían cumplirse (inmediatos, precisos, concretos).
- Técnicas que se emplearán (de acuerdo con los objetivos planteados).

2.6.3 Aplicación técnica

Esta etapa se refiere exactamente al trabajo que efectúa el asesor en tanto emplea todos los procedimientos, métodos y técnicas que tiene a su alcance de una manera sistematizada y rigurosa. La evolución que se va dando en el paciente marcará por otro lado la continuidad en el procedimiento o la rectificación técnica que pueda hacerse. Para su efecto es conveniente llevar una hoja de evolución en la cual básicamente se registra la fecha de atención, la evolución del paciente y la actividad realizada; de ésta manera se garantiza la continuidad del paciente y el desarrollo de un proceso estructurado.

Tabla 1 Ficha de Evolución

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD
-------	-----------	-----------

De esta forma se pretende dar sentido y continuidad a un proceso psicológico rompiendo el esquema de abordajes en los que por la carencia de una planificación se puede cometer errores que impulsen al paciente a la deserción, o quizá provocar deterioro en el rol del terapeuta al verse implicado en una relación de ayuda sin objetivos ni ideas claras.

2.7 CONCLUSIONES

- La asesoría es un recurso psicológico usado como método de intervención que mediante la relación terapéutica empática busca contribuir al desarrollo del paciente.
- Un proceso terapéutico de asesoría necesita de planificación, intervención y desarrollo con registros, solo así se dará continuidad al proceso y el paciente percibirá la relación terapéutica cómo algo dinámico funcional, más no como un simple conversatorio.
- Los componentes metodológicos dentro del Modelo Integrativo Ecuatoriano se suscriben en etapas, objetivos y técnicas de intervención terapéutica; donde se prioriza la relación afectiva sobre la técnica, poniendo gran interés en las características del terapeuta o asesor como conductor del proceso.

CAPITULO 3

ASESORÍA COMBINADA (MÉDICO-PSICÓLOGO CLÍNICO), SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS NERVIOSA

3.1 INTRODUCCIÓN

Debido a lo funcional del diagnóstico, es decir el grado de adaptabilidad del ser humano a las diversas circunstancias por las que tiene que atravesar y el cómo lo hace, quedaría abierto un abanico de posibilidades de tratamiento y es por ello que en esta investigación se cree pertinente el empleo de asesoría, conceptualizada como una relación en la que el asesor ayuda al asesorado a comprender y resolver sus problemas empleando recursos psicológicos.

Se pretende que dicha asesoría en combinación con el tratamiento médico (farmacológico), se armonicen en un continuo que el medicamento resuelva la sintomatología intestinal y la asesoría genere una modificación constructivista a nivel de entendimiento, autoconocimiento y comportamiento de la persona ante las circunstancias internas o externas que generan su inadecuado funcionamiento y por ende la alteración del intestino (colitis nerviosa).

La implementación de éste plan de tratamiento integrativo orientado hacia una combinación médico-psicólogo clínico, amplía la visión que se da al paciente, de tal manera se brinda un abordaje no solo desde la perspectiva de un diagnóstico a nivel digestivo, sino desde una perspectiva integral en la que el paciente, su personalidad, el fármaco o recurso necesario según el criterio médico; son una integración armónica para su mejoría, siendo el ser humano ente activo en su tratamiento y no un simple receptor de información.

Conjuntamente a la asesoría combinada se desarrollarán procesos de intervención aislados, médico y psicólogo independientemente. Los tres tipos de tratamiento se los realizarán en un lapso de seis meses; el abordaje médico empleará sus propios recursos y el psicológico en el campo aislado y combinado empleará la asesoría. Al inicio y al final de los tres procedimientos

se aplicará los mismos instrumentos psicológicos para evaluar modificaciones en sus resultados.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

En la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo” se estableció una reunión interdisciplinar en la que se validó la propuesta de esta investigación; que determinaría en un lapso de seis meses de tratamiento comparativo la eficacia entre proceso psicológico aislado, intervención médica aislada y tratamiento combinado (médico-psicólogo clínico), a pacientes con colitis nerviosa.

Se consensuó mediante la aprobación previa en el departamento de pos grado de la Universidad del Azuay; que el grupo a ser investigado sería en un margen de 21 pacientes, número que estadísticamente permite mediante el uso de la prueba no paramétrica de Rangos de Wilcoxon, comparar eficazmente dicha población y obtener resultados significativos. Los pacientes a ser tratados deberán aceptar o no voluntariamente, ser parte de esta investigación durante un proceso de seis meses en los que al inicio y al final serían evaluados psicológicamente en los tres grupos de atención.

Se determinó este margen de atención pues el número de variables a nivel de tratamiento es numeroso pues se pretende un análisis comparativo usando diversos recursos como son: fármaco, terapia, test, exámenes complementarios, fármaco-terapia en el proceso combinado, perfiles aislados en la busca de empatía y adherencia, etc., siendo así una investigación aplicada a un grupo inicial de apoyo.

3.3 Desarrollo

Dentro de la psicología es imposible pretender crear un manual rígido de intervención al cual lo podamos dar uso sin modificaciones y funcione de igual manera en cada uno de los pacientes, debido al número de variables que tiene el ser humano pues no constituye una ciencia exacta.

Sin embargo, el desarrollo de las intervenciones terapéuticas a nivel mundial obligan al profesional a llevar un proceso con objetivos, evolución, análisis del desarrollo, test, etc., que formen un continuo en el que el paciente y su terapeuta están recorriendo el camino que juntos lo plantearon.

La Asesoría Combinada (médico-psicólogo clínico), pretende prevenir la recidiva sintomática y mantener los resultados eficientes pero temporales de la consulta médica; para así evitar los regresos cíclicos a la consulta, tornándose frustrante tener que cada vez reiniciar el tratamiento farmacológico con parámetros de incredulidad por parte del paciente, lo cual genera en ocasiones intentos de cura con uno y otro especialista.

Dentro del desarrollo de la asesoría combinada se pretende un abordaje de la siguiente manera:

1. Evaluación pertinente en la consulta médica, al paciente que llega con características diagnóstica de colitis nerviosa.
2. Exámenes complementarios de ser necesario: escucha médica activa de los síntomas, palpación física correspondiente, exámenes de heces, colonoscopia, etc.
3. Entrevista médica confirmatoria de diagnóstico de Colitis Nerviosa.
4. Interconsulta psicológica con fines explicativos del plan de tratamiento.
5. En caso de aceptar el plan de tratamiento se realizará un consentimiento informado con las firmas del paciente, del psicólogo y el médico.
6. Inicio del proceso de asesoría (que a continuación se lo explicará).
7. Visitas mensuales al médico tratante durante los seis meses que dura el tratamiento para un registro de la mejoría y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
8. Trimestralmente se realizará un análisis de los pacientes abordados, en reunión interdisciplinar (médico, psicólogo clínico).
9. Tanto el médico como el psicólogo validará en cada cita la responsabilidad del paciente para con su salud.

3.4 Reactivos psicológicos

Dentro de esta propuesta investigativa se ha escogido como batería de test a la Escala Multiaxial de Millon, Cuestionario de personalidad SEAPsl y el Inventario de Ansiedad de Hamilton.

Las razones yacen de dos pilares fundamentales; el primero consiste en que a través de la travesía académica del modelo integrativo focalizado en la personalidad se ha observado la relación que tiene el modelo de distinguir a las diferentes personalidades con la división generada por Millon desde una concepción bio-psico-social. A esto se suma la motivación de dar validez investigativa al cuestionario de personalidad SEAPsl.

La Escala de Ansiedad de Hamilton resulta también conveniente puesto que es un método heteroaplicado que lo puede hacer el terapeuta a través de la entrevista y el interrogatorio, generándose resultados objetivos que no pretenden disminuir ni agrandar la realidad vivida por el paciente. Además es importante la diferenciación de ansiedad psíquica y somática que este test ofrece.

El segundo pilar de esta elección es porque con los resultados de estos test podemos valorar la correlación sintomática, la disfunción presentada y el grado de repercusión dinámica que el paciente está viviendo. No podemos olvidar la funcionalidad del diagnóstico de la colitis nerviosa, siendo éste nuestro eje cursor de tratamiento.

Los test de ansiedad y personalidad serán ejecutados en la parte inicial y final del proceso tanto en el área médica como en la psicológica (la evaluación de los mismos serán exclusiva responsabilidad del psicólogo); de esta manera se determinará si los niveles o los rasgos de personalidad han sufrido o no modificaciones y como dichos cambios han influido en la evolución de la colitis; no olvidemos que es una enfermedad funcional específicamente ligada al estilo de vida y forma de enfrentarla, por ende las variaciones tienen impacto en el proceso del diagnóstico y tratamiento.

3.5 ASESORÍA COMBINADA (MÉDICO-PSICÓLOGO CLÍNICO)

3.5.1 PRIMERA: ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN

Al igual que la mayoría de entrevistas iniciales se pretenderá recolectar la información mediante una escucha activa de la vida del paciente, distribuida en fases principales: niñez, adolescencia y vida adulta, cada una de ellas con sus matices. También el tiempo de su enfermedad, cómo inició, a qué atribuye y cómo ha intentado manejar sus molestias; así como dar a conocer el significado de colitis nerviosa, las bases del tratamiento, el tiempo que durará el proceso y el cómo la asesoría formará parte de su intervención. Se la realizará después de la intervención médica en la que se confirmó el diagnóstico de colitis nerviosa.

Esta primera entrevista a más de informar tiene como parámetro fundamental establecer las siguientes estrategias:

- *Establecimiento de Rapport.*
- *Aproximación Diagnóstica.*
- *Confesión y desinhibición emocional.*
- *Estrategias estimulativas de apoyo.*
- *Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica.*

Ver capítulo 2

Figura 8 Luis Miguel Farfán (L.M.F)

3.5.2 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Su interés es usar instrumentos diagnósticos con el fin de descartar o afirmar las hipótesis creadas por el terapeuta en la primera entrevista. Se realizará en dos citas por factores de tiempo y de evitar saturar al paciente.

Las hipótesis se orientan al perfil de personalidad que puede estar desencadenando la sintomatología de la colitis nerviosa, o el estilo de vida que el paciente mantiene y lo predispone al desarrollo de su entidad diagnóstica, visualizar el nivel de estrés real o creado por el paciente, valorar su estado emocional o la rigidez con la que sus creencias puedan estar alterando su normal funcionamiento.

La propuesta de esta investigación es aplicar una batería de test bajo la responsabilidad exclusiva del psicólogo en los tres grupos de análisis; los test son:

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.- Tiene como finalidad evaluar patrones clínicos de personalidad, patología severa de personalidad, síndromes clínicos y síndromes severos mediante 175 frases en las que la persona evaluada deberá citar verdadero (v) o falso (f) dependiendo de su identificación para con la frase. Deberá hacerlo en un compromiso de honestidad, no existe tiempo pero entre las indicaciones se pedirá que intente hacerlo lo más rápido posible; si alguna de las frases no entendiera deberá releerla y si aun así no comprende citará falso. No puede preguntar al respecto para evitar sesgos que surjan del profesional, si necesita borrar lo puede hacer.

- **Escala de Ansiedad de Hamilton.**- Escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados.

La ejecutará el terapeuta interrogando al paciente sobre su estado en los últimos días (mínimo de tres días y máximo de tres semanas). Es uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad; el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de las puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13).

- **Cuestionario de Personalidad de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa SEAPsi.**- Pretende identificar rasgos predominantes de personalidad, mismos que pueden agruparse en cuatro tipos: Personalidades Afectivas (Histriónica h, Ciclotímica c), Personalidades Cognitivas (Anancástica a, Paranoide p), Personalidades Comportamentales (Inestable i, Disocial ds), Personalidades con Déficit Relacional (Evitativa ev, Dependiente d, Esquizoide e, Esquizotípica).

El cuestionario de personalidad SEAPsi, es un instrumento de respuesta selectiva aplicado a personas de ambos géneros a partir de los 15 años, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección. Sus objetivos son identificar rasgos predominantes de cada tipo de personalidad, generar un perfil de rasgos de personalidad, orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos, manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

3.5.3 EJECUCIÓN: DESARROLLO DE LA ASESORÍA

A esta intervención la dividiremos en dos segmentos con una duración de dos citas, cada una de entre cuarenta y cinco minutos a una hora.

Primero.- El terapeuta realizará una explicación biopsicoeducativa a fin de aportar al paciente una mejor comprensión del funcionamiento del ser humano como una unidad, dentro de un contexto sociocultural y ecológico que nos lleva a dejar de disociar lo psíquico y lo orgánico, somático o psicósomático. Es importante que el paciente comprenda las relaciones psique-soma, las interrelaciones de sus sistemas: nervioso, inmunológico, endócrino; las repercusiones del estrés, la incidencia del estilo de vida en la salud y de los factores biológicos y emocionales.

Se informará sobre los factores de riesgo y de protección para la salud expuestos en la siguiente guía.

GUÍA N. 1

Área biológica y psicológica.- cómo influye las 9 dimensiones según la OMS en el ser humano: sueño, alimentación, ejercicio, sexualidad, exposición a la luz, contacto con la naturaleza, factores tóxicos y ambientales, hábitos saludables, satisfacción de necesidades básicas.

Área cognitivo y psicosocial y en los vínculos afectivos.- pobreza ilusoria y de proyecciones futuras, pensamiento operatorio, sobreadaptación, mecanismos de afrontamiento asertivos o no asertivos, pensamientos disfuncionales, distorsiones cognitivas, defensas no saludables y factores de riesgo como la alexitimia y la desmotivación.

Presencia de recursos protectores.- red de sostén, vínculos generadores de bienestar, motivaciones y sentido de vida.

(Basado en el libro de Margarita Dubourdieu “cuerpo-mente-entorno”, p. 93)

Segundo: se plantearán los objetivos a seguir dentro de un marco conceptual de la asesoría y las pautas diagnósticas identificadas en la evaluación diagnóstica y la observación clínica obtenida mediante el relato psicobiográfico del paciente y el cómo él atribuye el porqué de su colitis nerviosa.

En este nivel de intervención a pacientes con diagnóstico de colitis nerviosa centraremos los objetivos basándonos en la formulación del problema es decir qué o cuáles son las dificultades que él o la paciente no las puede resolver y necesitan una solución para que sus sistemas internos dejen de reflejar la problemática mediante la sintomatología diagnóstica.

Guía N. 2

OBJETIVOS Y TÉCNICAS DE ASESORAMIENTO

Objetivos de Asesoramiento

Asesorar para la resolución de problemas y conflictos intrapersonales.

Resolver conflictos interpersonales.

Promover el desarrollo personal.

Técnicas de Asesoramiento

Resolución de problemas en conflictos intrapersonales y frustraciones.

Resolución de conflictos familiares e interpersonales o negociación.

Modificación de actitudes.

Desarrollo de autoestima, resiliencia, asertividad y habilidades sociales.

Figura 9: Objetivos y técnicas de asesoramiento.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 154)

3.5.4 DESARROLLO PERSONAL

Tiene como perspectiva central emprender la movilidad dinámica interna del sujeto una vez que en las citas anteriores haya ido construyendo activamente el porqué de su enfermedad y el cómo generalmente es en su diario vivir. Además se lo ha considerado como un recurso que a más de promover la dinámica interna y externa del asesorado, nos brinde datos de posibles conflictos o problemáticas que pudieran ser reiterativas o quizá estén reprimidas y probablemente constituyan parte de la génesis de su colitis nerviosa.

Como hablamos de desarrollo personal tenemos que emprender activamente la movilidad integral del paciente, es decir que sus creencias, su forma de actuar, sus pensamientos, sus frustraciones, su pasado, su perspectiva etc., se dinamicen constructivamente hacia una asociación de bienestar y salud.

Para esto se plantea utilizar el siguiente manual de autoconocimiento que se representa a través de guías didácticas. Durarán tres citas, cada una de cuarenta y cinco minutos a una hora.

GUIA N. 3

FODA DE PERSONALIDAD	
<i>Piensa y escribe a cerca de tus:</i>	
FORTALEZAS:	OPORTUNIDADES:
DEBILIDADES:	AMENAZAS:

Figura 10 FODA, **Luis Miguel Farfán (L.M.F.)**

GUIA N.4

Completa las siguientes frases y responde las siguientes interrogantes:

Frases:

Quiero..., necesito..., espero..., no puedo..., ganaré..., pronto..., todos..., mi grupo..., mi amigo..., tengo miedo..., me agrada..., jamás..., ahora mismo..., yo..., los otros..., tú crees que yo..., él piensa que yo..., sueño..., me divierto..., en secreto...

Interrogantes:

¿Cómo me encuentro en la familia?, ¿Cómo me encuentro en el trabajo?, ¿Cómo me relaciono con los demás?, ¿Cómo considero que me ven los demás?, ¿Qué es lo que más me molesta de mí mismo?, ¿Qué es lo que más me gusta de mí mismo?, ¿Qué pienso respecto a mi presente y mi futuro?

Figura 11: Aprendiendo de ti.

Fuente: (Basado en Jornadas de Autoconocimiento, Maestría en Psicoterapia Integrativa, 2014).

GUIA N. 4

Las 4 zonas de la ventana de Johari

Las 4 zonas de la ventana de Johari

ZONA CLARA: imagen que una persona proyecta intencionalmente a los demás.

ZONA CIEGA: imagen que los otros tienen de uno.

ZONA SECRETA: todos los secretos que tiene una persona y nunca los ha comentado.

ZONA OSCURA: comportamientos inesperados e impredecibles que presenta una persona en su actuar.

Figura 12: Las cuatro zonas de la ventana de Johari.

Fuente: (Basado en Jornadas de Autoconocimiento, Maestría en Psicoterapia Integrativa, 2014).

GUIA N. 5

DESARROLLO DE AUTOESTIMA

Haz una imagen mental de ti mismo/a.- piensa en cómo te ves, cómo es la imagen (fuerte, débil, grande, pequeña, enferma, con o sin movimiento, brillante u oscura, positiva o negativa).

Elimina lo negativo.- que la imagen represente tus puntos fuertes, tus mejores habilidades, que te veas como cuando has logrado una meta que habías deseado mucho.

Hazle cambios en la imagen.- que sean muy atractivos y motivadores para ti. Agrega aquello que le haga más atractiva y que te estimule a actuar.

¿Cómo te sientes con la nueva imagen?

Lectura motivacional o uso de recurso metafórico

Cierre final.- completa las siguientes frases: aprendí, ya sabía, me sorprendí, me molesté por, me gustó, no me gustó, me gustaría saber más acerca de.

Figura 13: Desarrollo de autoestima.

Fuente: (Basado en Jornadas de Autoconocimiento, Maestría en Psicoterapia Integrativa, 2014.)

Todo este desarrollo de estrategias se aplican durante el proceso con adaptaciones específicas para cada uno de los casos y considerando las características idiosincráticas de nuestro habitante. La estructura y dinamismo de personalidad del demandante tienen un alto valor, tanto en la conducción de los fenómenos afectivos durante el proceso, cómo en la aplicación de las técnicas comunicacionales o comportamentales.

Cabe precisar que al finalizar el capítulo dos se elaboró una tabla de registro y es ahí donde el terapeuta irá apuntando la actividad y el desarrollo, dada la importancia de este registro para la siguiente actividad.

3.5.5 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Durará cuatro citas y se las realizará cada quince días; se plantea este nombre pues su finalidad se deriva del conocimiento íntegro que se pudo tener del

paciente en la fase anterior; pudiendo identificar sus puntos de afluencia que generan o mantienen su diagnóstico de colitis nerviosa y diferenciando si es producto de una conflictiva inter o intrapersonal, o si sus niveles de estrés son elevados, si sus creencias son opuestas a su realidad, etc.; en fin la fase anterior pretende abrir el camino para un abordaje minucioso y quizá más directivo en la resolución de conflictos. Es importante haber manejado correctamente los fenómenos de la relación para en este momento del proceso tener un paciente motivado y dispuesto a modificar lo que se deba, en función global de su salud que desde el diagnóstico de colitis nerviosa se evidenció el llamado a un cambio.

La propia relación paciente/terapeuta aporta en el aquí y en el ahora “nutrientes” a la autoimagen y a la autoestima y da oportunidad de aprendizaje de nuevas formas de relacionarse con otro, de entrenamiento en habilidades interpersonales, vínculos saludables y experiencias correctivas. Estos aprendizajes podrán luego extenderse a su vida en el afuera, a sus vínculos con el entorno.

La formación, intuición y empatía terapéutica permitirán identificar las necesidades del paciente y aspectos que perturban su bienestar y calidad de vida.

Opazo (2002) llama: “principios de influencia a todos los recursos provenientes de distintos paradigmas que serán utilizados en procura de una aproximación al logro de los objetivos terapéuticos planteados”.

Se utilizarán fuerzas de cambio específicas según el criterio que se tiene de cada paciente en función de su diagnóstico digestivo y el cómo su estilo de resolución de diversos conflictos apunta a un rebote sintomático y a la complejidad en su diario vivir.

3.5.6 EVALUACIÓN FINAL.

La función de estas dos últimas citas es reevaluar a cada uno de los pacientes usando los mismos recursos psicológicos, al igual que en la fase diagnóstica. La finalidad es generar datos estadísticos que demuestren diferencias, semejanzas o mantenimiento de los resultados iniciales en cuanto a ansiedad, patrones clínicos de personalidad, patología severa de personalidad, síndromes clínicos y severos.

Sabemos que el perfil de personalidad que cada ser humano posee es un continuo que quizá se mantendrá a largo de la evolución de esa persona, pero lo que se pretende es generar que el paciente pueda adherir proactivamente los rasgos de su personalidad a su quehacer diario.

Es muy importante la devolución de estos resultados y el cierre al tratamiento, considerando que lo que se termina es la asistencia más no lo aprendido. Se deberá validar cada una de las actividades emprendidas, la adherencia para actividades escritas y el tiempo invertido.

Así también se dejará siempre una puerta abierta considerando cualquier tipo de ayuda que el paciente desee.

3.6 TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO.

Lo primero es establecer una relación médico-paciente adecuada, luego, partimos del hecho que hemos realizado el diagnóstico diferencial con patologías orgánicas. El manejo dependerá si es que el síndrome de intestino irritable o colitis nerviosa cursa con patrón de estreñimiento (el más común), alternante (diarrea-estreñimiento), o diarrea como su manifestación principal. En ocasiones una dieta fuera de lactosa puede ayudar, tranquilizar al paciente indicando que es una condición benigna, pero, lamentablemente crónica, que tiene un sustrato relacionado a neurotransmisores y percepción incrementada del dolor.

La dieta debe ser balanceada, con incremento en fibra, principalmente cereales, frutas, realizar actividad física regular y adecuada para las condiciones del paciente. El uso de espasmo analgésicos o medicamentos con acción sobre los neurotransmisores son de utilidad, inhibidores de motilidad en caso de diarrea.

Todo esto se verá complementado con exámenes complementarios en caso de necesidad: colonoscopia, exámenes de heces, ecografía, hemograma, etc.

3.7 ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA.

La asesoría psicológica independiente pretende seguir los lineamientos que se usó en la asesoría combinada centrandose sus objetivos en el desarrollo personal. Su nombre se debe a que los pacientes no tendrán tratamiento farmacológico pero sí vigilancia médica, pues si la sintomatología generara severidad en el cuadro clínico inmediatamente recibirá tratamiento medicamentoso y pasará al grupo de asesoría combinada.

La razón de usar el mismo proceso psicológico de la asesoría combinada se debe a que la intención al finalizar el tratamiento es evaluar modificaciones en el asesorado; por lo tanto se debe generar un mismo recorrido con ciertas variables para observar que proceso resultó más favorable para el paciente.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1 MEDIDA ESTADÍSTICA

Como medida estadística se usó la Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon, que es una prueba no paramétrica, es decir que la distribución de sus datos no pueden ser definidos a priori, pues son los datos observados los que determinan. Se emplea para comparar la mediana de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Para la aplicación de la prueba se deben cumplir las siguientes características:

- Es libre de curva, es decir no necesita de una distribución específica.
- Nivel ordinal de la variable dependiente, resultado inicial y final.
- Se utiliza para comparar dos mediciones de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).

4.2 MÉTODO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información se procesó a través de los programas estadísticos Dyane versión 4, SPSS 22.00 versión evaluación, y Excel.

La razón de este procesamiento, debe a que los resultados obtenidos de los test de inicio y fin mediante la calificación exclusiva del psicólogo, tienen que ser transcritos en los programas antes mencionados para de ahí generar la conversión a Excel y proceder a las muestras.

4.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación partiremos de especificaciones numéricas que fueron dadas por razones estadísticas. Tanto la escala Multiaxial de Millon como la encuesta SEAPSI tienen respuestas de texto es decir verdadero-falso y si-no respectivamente, por lo que al análisis estadístico para el ingreso de datos en el programa Dyane versión IV se signó como: 1= verdadero-si y 2 = falso-no. La Escala de Ansiedad de Hamilton mantiene sus respuestas numéricas de 0-1-2-3-4.

En la interpretación de la prueba de Wilcoxon de los rangos signados/prueba bilateral, se debe considerar que cuando la respuesta menciona que se debe rechazar la hipótesis H_0 , esto significa que el proceso a prueba tuvo efecto; cuando por el contrario el análisis determina que se debe aceptar la hipótesis significa que el determinado proceso de prueba no tuvo el efecto esperado.

4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AISLADO SEGÚN INVENTARIO MULTIAXIAL MILLON II

El análisis estadístico del Inventario Multiaxial Millon II, se lo realizó antes y después de los tres procesos de intervención: psicológico aislado, médico independiente y asesoría combinada; en los cuales se destacó las variables de personalidad y ansiedad como herramienta de análisis comparativo.

A continuación se detallan mediante tablas explicativas los resultados, determinando las variantes de cada grupo después de su método de intervención:

Tabla 2 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Var1	7	0	7	65	112	91,571	14,831
Var1	7	0	7	65	101	78,714	14,314

V	15,000
Valore esperado	7,500
Varianza (V)	13,750
valor-p (bilateral)	0,059
Alfa	0,05

Figura 14: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

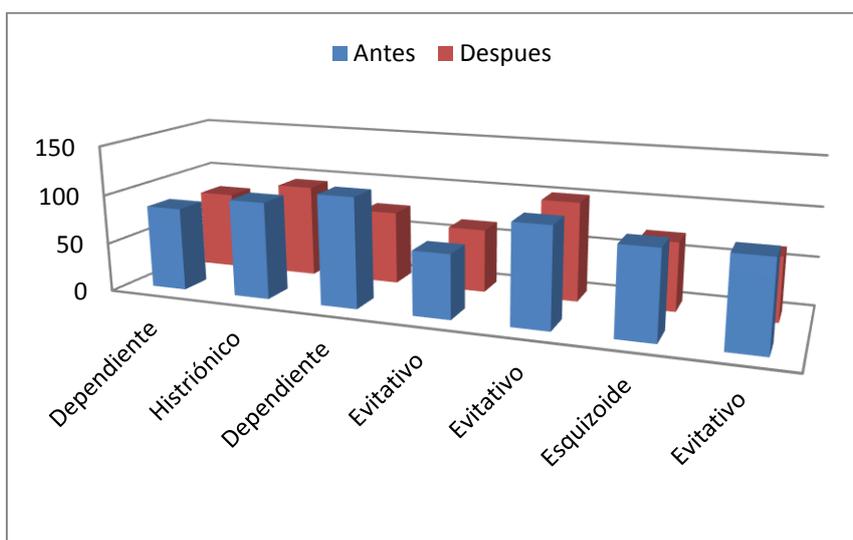
Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p calculado es mayor que el nivel de significación alfa=0.05, no se puede rechazar la hipótesis H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdad es de 5,91%.

La corrección de continuidad fue aplicada. Se han detectado empates en los resultados y se han aplicado las correcciones apropiadas.

No existieron variaciones en los resultados del inventario clínico Multiaxial de Millon, después de los seis meses de intervención de asesoría psicológica aislada.



Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)

4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO SEGÚN INVENTARIO MULTIAXIAL MILLON II

Tabla 3 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Var1	7	0	7	48	101	80,857	21,201
Var1	7	0	7	40	90	67,143	23,039

PRUEBA DE WILCOXON DE LOS RANGOS SIGNADOS / PRUEBA BILATERAL

V	22,500
Valore esperado	14,000
Varianza (V)	34,875
valor-p (bilateral)	0,176
Alfa	0,2

Figura 15: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba.

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.2$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es inferior al 17,55%.

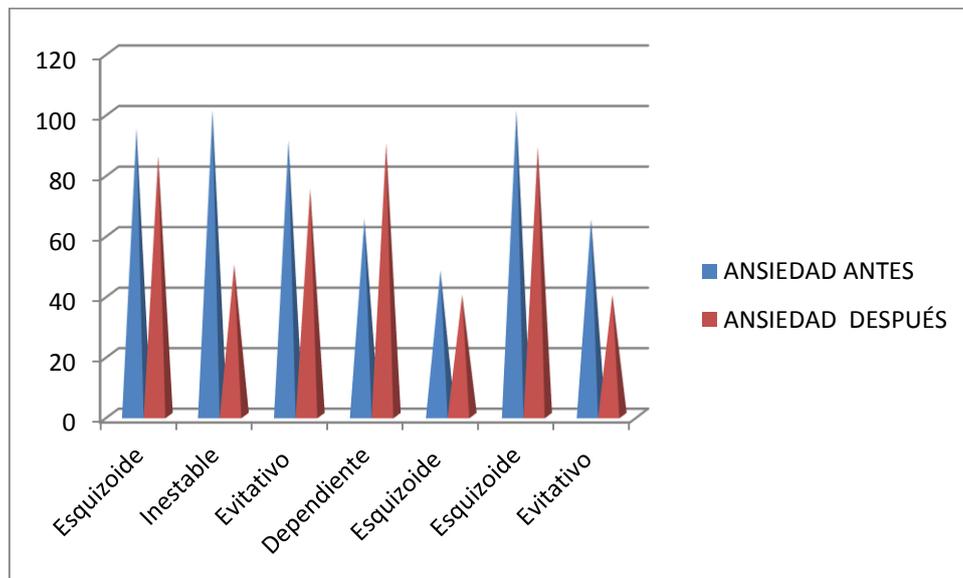
La corrección de continuidad fue aplicada. Se han detectado empates en los resultados y se han aplicado las correcciones apropiadas. Nivel de confianza del 80%.

Existe variación en los resultados del inventario clínico Multiaxial de Millon, después de seis meses de intervención médica aislada.

Tabla 4 VARIACIÓN ESTADÍSTICA DE TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO

RASGOS/PERSONALIDAD ANTES/DESPUÉS	ANSIEDAD ANTES	ANSIEDAD DESPUÉS
Esquizoide	95	86
Inestable	101	50
Evitativo	91	75
Dependiente	65	90
Esquizoide	48	40
Esquizoide	101	89
Evitativo	65	40

Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)



Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)

4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ASESORÍA COMBINADA SEGÚN INVENTARIO MULTIAxIAL MILLON II

Tabla 5 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE ASESORÍA COMBINADA

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Var1	7	0	7	49	113	80,571	21,64
Var1	7	0	7	30	70	52,857	13,801

V	28,000
Valore esperado	14,000
Varianza (V)	34,875
valor-p (bilateral)	0,022
Alfa	0,05

Figura 16: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba.

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

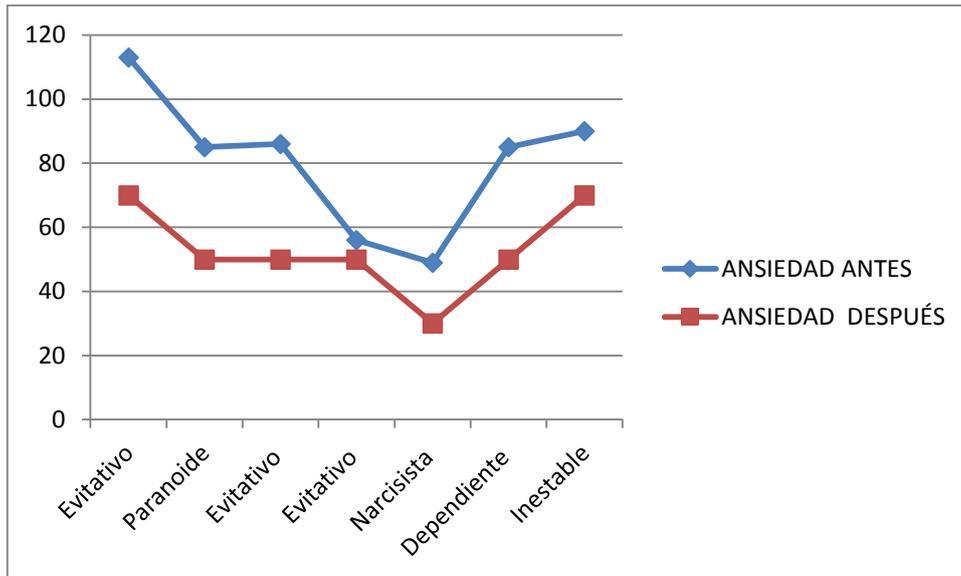
Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es inferior al 2,23%.

La corrección de continuidad fue aplicada. Se han detectado empates en los resultados y se han aplicado las correcciones apropiadas. Nivel de confianza del 80%.

Existió variación en los resultados después de seis meses de intervención de asesoría combinada y se constituyó en el mejor progreso de los pacientes tras la disminución de ansiedad y la modificación de estructuras resolutivas.



Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)

Tabla 6 HOMOGENEIDAD DE LA MUESTRA “ANTES DE LOS PROCESOS

Variable	Observa	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Ansiedad 1	7	0	7	65	112	91,571	14,831
Ansiedad 3	7	0	7	49	113	80,571	21,64
Ansiedad 2	7	0	7	48	101	80,857	21,201

1= Tratamiento psicológico Aislado

2= Tratamiento Médico Independiente

3= Asesoría Combinada (médico-psicólogo clínico)

K (Valor Observado)	1,270
K (Valor crítico)	4,605
GL	2
valor-p (bilateral)	0,530
Alfa	0,1

Figura 17: Prueba de Kruskal-Wallis (Ansiedad)

Interpretación de la prueba

H0: Las muestras vienen de la misma población.

Ha: Las muestras no vienen de la misma población.

Puesto que el valor-p calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 .

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 52,98%.

4.7 CONCLUSIONES ESTADÍSTICAS DE LOS TRES PROCESOS DE INTERVENCIÓN SEGÚN EL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON

- Los rasgos de personalidad obtenidos son iguales antes y después de cada uno de los procesos.
- En los tres procesos de tratamiento se ve disminución en la variable ansiedad.
- Los procesos aislados tienen disminución no significativa en la variable ansiedad.
- Significativamente es mayor la disminución de la variable ansiedad en el proceso de asesoría combinada.

4.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ENCUESTA SEAPSI

ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA

Se encontró el siguiente índice de rasgos de personalidad en los pacientes de intervención psicológica aislada, hallándose los mismos resultados obtenidos en la Escala Multiaxial de Millon.

Tabla 7 ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA

PACIENTE	PERSONALIDAD ANTES/DESPUÉS
1	Dependiente
2	Histriónico
3	Dependiente
4	Evitativo
5	Evitativo
6	Esquizoide
7	Evitativo

Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)

TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO

Se encontró el siguiente índice de rasgos de personalidad en los pacientes de intervención médica aislada, hallándose los mismos resultados obtenidos en la Escala Multiaxial de Millon.

Tabla 8 Tratamiento médico aislado.

PACIENTE	PERSONALIDAD ANTES/DESPUÉS
1	Esquizoide
2	Inestable
3	Evitativo
4	Dependiente
5	Esquizoide
6	Esquizoide
7	Evitativo

Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)

ASESORÍA COMBINADA

Se encontró el siguiente índice de rasgos de personalidad en los pacientes con asesoría combinada como método de intervención, hallándose los mismos resultados obtenidos en la Escala Multiaxial de Millon.

Tabla 9 ASESORÍA COMBINADA

**PACIENTE PERSONALIDAD
 ANTES/DESPUÉS**

1	Evitativo
2	Paranoide
3	Evitativo
4	Evitativo
5	Narcisista
6	Dependiente
7	Inestable

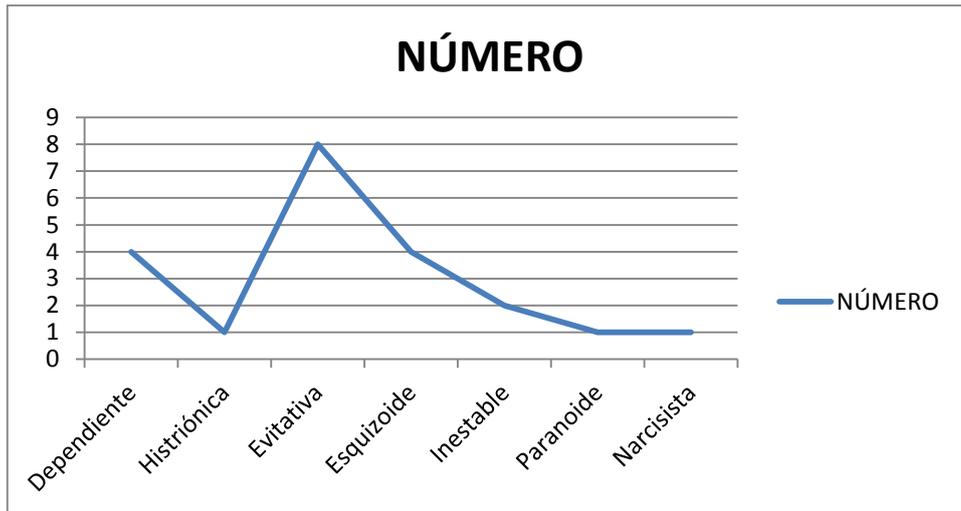
Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)

Tabla 10 FRECUENCIA DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN LOS TRES GRUPOS DE INTERVENCIÓN

PERSONALIDAD NÚMERO

Dependiente	4
Histriónica	1
Evitativa	8
Esquizoide	4
Inestable	2
Paranoide	1
Narcisista	1

Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)



Autor: Luis Miguel Farfán (L.M.F.)

4.9 CONCLUSIONES

- Todos los rasgos de personalidad obtenidos en la encuesta SEAPsl, son iguales a los obtenidos en el Inventario Multiaxial de Millon II.
- Los rasgos de personalidad obtenidos son iguales antes y después de cada uno de los procesos.
- Los rasgos de personalidad que más se repiten son: Dependiente (4), Evitativa (8) y Esquizoide (4).

4.10 RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

4.10.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA.

Tabla 11 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA DE ANSIEDAD PSÍQUICA

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Var1	7	0	7	6	20	16	4,865
Var1	7	0	7	0	10	4	3,464

V	28,000
Valore esperado	14,000
Varianza (V)	34,750
valor-p (bilateral)	0,022
Alfa	0,05

Figura 18: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba.

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es inferior al 2.20%.

Tabla 12 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA DE ANSIEDAD SOMÁTICA

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Var1	7	0	7	5	8	7	1,155
Var1	7	0	7	0	4	2,286	1,254

V	28,000
Valore esperado	14,000
Varianza (V)	34,875
valor-p (bilateral)	0,022
Alfa	0,05

Figura 19: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba.

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es inferior al 2.23%.

Tabla 13 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO DE ANSIEDAD PSÍQUICA

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Var1	7	0	7	6	17	11,429	4,577
Var1	7	0	7	0	6	3,571	2,507

V	28,000
Valore esperado	14,000
Varianza (V)	34,875
valor-p (bilateral)	0,022
Alfa	0,05

Figura 20 Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba.

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es inferior al 2.23%.

Tabla 14 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO DE ANSIEDAD SOMÁTICA

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Var1	7	0	7	3	8	5,571	1,902
Var1	7	0	7	0	4	1,857	1,345

V	21,000
Valore esperado	10,500
Varianza (V)	22,500
valor-p (bilateral)	0,035
Alfa	0,05

Figura 21: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba.

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es inferior al 3.50%.

Tabla 15 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE ASESORÍA COMBINADA DE ANSIEDAD PSÍQUICA

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Var1	7	0	7	14	18	15,857	1,773
Var1	7	0	7	2	12	5,286	4,386

V	28,000
Valore esperado	14,000
Varianza (V)	34,875
valor-p (bilateral)	0,022
Alfa	0,05

Figura 22: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba.

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es inferior al 2.23%.

Tabla 16 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE ASESORÍA COMBINADA DE ANSIEDAD SOMÁTICA

Variable	Observaciones	Obs. con datos perdidos	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Var1	7	0	7	5	8	7,143	1,069
Var1	7	0	7	1	4	1,857	1,215

V	28,000
Valore esperado	14,000
Varianza (V)	34,000
valor-p (bilateral)	0,021
Alfa	0,05

Figura 23: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba.

Interpretación de la prueba

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.

Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

Puesto que el valor-p computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es inferior al 2.06%.

RESULTADOS DE VARIABLE GASTROINTESTINAL: Sintomatología de Colitis Nerviosa.

Tabla 17 ASESORÍA PSICOLÓGICA AISLADA

Síntomas gastrointestinales/antes Síntomas gastrointestinales/después

Grave (3)	Moderado (2)
Grave (3)	Leve (1)
Grave (3)	Moderado (2)
Grave (3)	Ausente (0)

Tabla 18 TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO

Síntomas gastrointestinales/antes Síntomas gastrointestinales/después

Grave (3)	Leve (1)
Moderado (2)	Moderado (2)
Grave (3)	Moderado (2)
Grave (3)	Ausente (0)
Grave (3)	Leve (1)
Grave (3)	Moderado (2)
Grave (3)	Leve (1)

Tabla 19 ASESORÍA COMBINADA

Síntomas gastrointestinales/antes Síntomas gastrointestinales/después

Grave (3)	Leve (1)
Grave (3)	Leve (1)
Grave (3)	Leve (1)
Grave (3)	Ausente (0)
Grave (3)	Ausente (0)
Grave (3)	Leve (1)
Grave (3)	Leve (1)

CONCLUSIONES

- Los tres procesos de tratamiento generaron disminución de ansiedad psíquica y somática en cada uno de los pacientes.
- La disminución en el resultado de sintomatología gastrointestinal, es altamente significativo para la asesoría combinada, en relación a los procedimientos aislados.
- Tanto la asesoría psicológica aislada, como el tratamiento médico aislado, tienden a mantener balances iniciales.

DISCUSIÓN

Se diseñó un estudio transversal, en el que todas las variables se han medido en los pacientes de forma simultánea. Ello no permite establecer la existencia de una secuencia cronológica entre las variables de efecto y sus posibles predictores. En este sentido, lo que este estudio permite es, tal y como se afirma en sus objetivos, hallar varianzas en los tres grupos de tratamiento y observar sus propias diferencias al inicio y al final del proceso correspondiente.

Indudablemente, esta disquisición no es aplicable a aquellas variables independientes que son, sin más, marcadores de riesgo, como la edad o el sexo, pero sí a aquellas otras que se modifican a lo largo del tiempo en paralelismo con la calidad de vida de los pacientes: tal puede ser el caso de las variables del entorno, ansiedad, personalidad o de las variables individuales como la extensión o la actividad de la enfermedad. Es evidente que, para algunas de estas asociaciones, la causalidad se desprende la lógica, pero esto no puede extrapolarse al conjunto de variables independientes utilizadas en los tres procesos de tratamiento.

Los pacientes que constituyen la muestra de nuestro estudio son aquellos que estaban incluidos, durante el período de realización del mismo, en el registro de la consulta de enfermedad inflamatoria intestinal de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo. Todos los pacientes que voluntariamente aceptaron ser parte de esta investigación cumplieron y culminaron los tratamientos sin deserción alguna.

La muestra de nuestro estudio incluía 21 pacientes diagnosticados de Colitis Nerviosa según los criterios clínicos, endoscópicos en casos necesarios, e histológicos habituales, que fueron invitados a participar en el mismo desde la consulta de su enfermedad. En otros estudios de la calidad de vida en enfermos de colitis nerviosa se han encontrado grupos similares con lo que respecta a los criterios diagnósticos de selección de los pacientes, aunque en mucho menor número que los pacientes obtenidos desde la consulta (López-Vivancos, 1999; Casellas, 2001; Casellas 2003). En este caso, creemos que el haber escogido a los pacientes atendidos en la consulta externa evita el posible

sesgo que, en su caso, podían suponer todos los factores asociados a la hospitalización. Por otra parte, en este estudio se trata de conocer la influencia que los factores del entorno habitual producen sobre la calidad de vida de los pacientes, y el cómo su estilo funcional de vivir desencadena o mantiene la patología digestiva.

Comparación de las características de nuestros pacientes con otros estudios.

Entre los pacientes estudiados se encontró un muy ligero predominio del sexo femenino (53,6%) sobre el masculino. Este equilibrio en la distribución por sexos también coincide con la hallada en otras series de pacientes con Colitis Nerviosa estudiadas (Saro y cols., 1999), así como en otros países, (Shivanda y cols., 1996; Trallori y cols., 1996; Stowe y cols., 1990).

Más de la mitad de los pacientes de la muestra (59,4%) tenían menos de 44 años. Al distribuir la muestra se halló que en mayor porcentaje se encontraba la de pacientes menores a 34 años de edad, lo que está en consonancia con uno de los picos de incidencia de la Colitis Nerviosa (25-35 años) hallados en el estudio realizado en España de Saro y cols. de 1999. La media de edad de nuestra muestra fue de 34 años, que se asemeja al estudio de Casellas y cols del 2001 y la de los 35, encontrados en el estudio multicéntrico nacional que incluía pacientes con Colitis Nerviosa de este mismo autor en 2004 (Casellas y cols. 2004). Difiere de la media de más de los 39 años de edad de los pacientes con Colitis Nerviosa del estudio de López-Vivancos y cols., 1999 y a los 41 años del estudio de Pallis y cols., 2002.

La mayoría de los pacientes (77.9%) se encontraban sin actividad clínica en el momento de la entrevista, lo cual es lógico, ya que los pacientes de la muestra se obtuvieron de entre los que acudían a consulta externa. Este hecho está en consonancia con lo referido en el estudio de Casellas y cols. de 2001.

La duración media de la enfermedad en los pacientes entrevistados fue de siete años de evolución aproximadamente, mayor que los 2,75 años del estudio

de Casellas y cols. de 2001 y los 4.5 años del estudio de López-Vivancos y cols., pero menor que los 8,4 años del estudio de Pallis y cols. de 2002.

El 65% de los pacientes de la muestra tenía malestar psíquico significativo, frente al 35.6% encontrado en la población que acude a una consulta de atención primaria registrado en el estudio de validación de Montón y cols., (1993). El 60,7% de los pacientes tuvo una puntuación por encima del umbral en los ítems de ansiedad. Por otro lado Addolorato y cols. (1997) encontraron que el 63.9% de pacientes con diagnóstico de Colitis Nerviosa tenían niveles elevados de ansiedad y depresión medidos mediante el “State and Trait Inventory (STAI) test, y la Zung self-rating Depresión Scale”.

Es por ello que en el capítulo de resultados estadísticos se muestra la varianza obtenida en cada uno de los grupos de tratamiento llegándose a determinar la eficacia de los distintos tipos de abordaje.

CONCLUSIONES GENERALES

A partir del tratamiento planteado de asesoría combinada a pacientes con diagnóstico de Colitis Nerviosa y sustentando en los objetivos que persigue el presente trabajo de investigación, es oportuno formular las siguientes conclusiones:

- El cuadro clínico que presenta un paciente con Colitis Nerviosa, representa un deterioro a nivel digestivo por las constantes limitaciones que esto provoca; pero además se acompaña de diversas complicaciones a nivel psicológico que pueden mantener el cuadro a pesar de un tratamiento farmacológico oportuno.
- Los distintos efectos que causa en un paciente el diagnóstico de Colitis Nerviosa, dependerá de su estructura de formación personal y los recursos con los que éste cuente, sin embargo la enfermedad no deja de ser un impacto grave que ocasiona ciertos grados de malestar psicológico, que lo puedan llevar al debilitamiento de su desarrollo personal y modificaciones en su comportamiento.
- La sintomatología que presenta esta enfermedad puede provocar modificaciones en sus hábitos de vida, ya sea de alimentación, ejercicio, limitaciones de ciertos placeres, etc., que pueden desestructurar ciertos componentes familiares.
- Mediante los componentes metodológicos del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la personalidad, suscritos en el marco de la asesoría; se logró, a través de una adecuada evaluación, planificación e intervención, promover cambios a nivel de la condición psíquica de la persona o de su entorno circundante; priorizando los fenómenos de la

relación, complementándolos con aspectos técnicos durante el proceso y generando distintos estilos de comportamiento ante las mismas circunstancias vividas por los pacientes.

- La propuesta de asesoría combinada (médico-psicólogo clínico), desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad, ha probado ser una acción útil y eficaz para pacientes con Colitis Nerviosa. Esta propuesta de intervención ha permitido integrar dos fenómenos de ayuda, en un organismo integrado de sistemas en donde ninguno de ellos actúa independientemente.
- El recurso técnico seleccionado en este proceso de asesoría psicológico fue adecuado, debido a que facilitó en los pacientes un autodescubrimiento de sus estilos de ser, identificar sus diversas conflictivas y del significado que estaban dando a su enfermedad. Así se facilitó la expresión de emociones y pensamientos que generaban malestar, y sobre todo, a movilizar y optimizar recursos personales que ofrezcan una mejor calidad de vida.
- La presentación de resultados cualitativos de los distintos modelos de intervención, revela la eficiencia de un abordaje combinado en comparación de los procesos aislados, donde se pudo comprobar: una adecuada adaptación a su enfermedad, mejor interacción en el cumplimiento de su tratamiento farmacológico y modificaciones comportamentales, clara capacidad para tomar decisiones y sobre todo una mejor calidad de vida adaptada a su realidad diagnóstica.
- Finalmente, en términos generales, es posible concluir que mediante la propuesta de asesoría combinada (médico-psicólogo clínico), para pacientes con Colitis Nerviosa, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad, se ha permitido manejar

eficazmente la conflictiva psicosomática existente ante y después de que el paciente reciba su diagnóstico, aceptando la importancia y eficacia de la intervención farmacológica. Además se pudo evidenciar que los resultados son significativamente mejores a tratamientos aislados, previniendo la recidiva sintomática mediante la reestructuración de su diario vivir.

RECOMENDACIONES:

- Los índices de prevalencia de diagnóstico de Colitis Nerviosa va en aumento y es cada vez mayor la información de un componente psicológico en su etiología, es por lo tanto responsabilidad del Ministerio de Salud innovar estrategias de intervención a nivel primario que promuevan la interdisciplinariedad como método de tratamiento.
- La comunidad en general debería informarse más sobre el cómo prevenir la Colitis Nerviosa, iniciando desde un autoanálisis del estilo de vida, formas de afrontamiento a problemas diarios, estilo de alimentación y hábitos saludables, entre otras pautas a nivel primario; y una vez identificada la enfermedad es oportuno que tengan conocimiento de la asesoría combinada como posibilidad de tratamiento.
- En la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo”, se recomienda dar uso de este plan de intervención combinado a los pacientes con Colitis Nerviosa, una vez que mediante este trabajo investigativo se ha podido confirmar las hipótesis en un principio plantadas; llegando a corroborar que este tratamiento previene la recidiva constante a consulta por ciclos de cura aparente y que además la combinación médica-psicológica en un marco de asesoría, genera un control de síntomas orgánicos y ayuda al asesorado a resolver conflictos que desembocan en somatizaciones periódicas.

Bibliografía

1. Adolorato G, Capristo e, Stefanini GF. Inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. *Scand J Gastroenterol*. 1997; 32(10). 1013-21.
2. Balarezo, L. (2003). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Quito: Luz de América.
3. Balarezo, L. (2004). *Psicoterapia. Centro de publicaciones PUCE* (2da ed.). Quito.
4. Balarezo, L. (2006). Artículo sobre Psicoterapia Integrativa.
5. Balarezo, L. (2013). *Módulo I de Maestría en Psicoterapia Integrativa "Generalidades del Integracionismo"*. Cuenca.
6. Balarezo, L. (2013). *Módulo II de Maestría en Psicoterapia Integrativa "Bases Teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano. La personalidad"*. Cuenca.
7. Balarezo, L. (2013). *Módulo XI de Maestría en Psicoterapia Integrativa, "La Relación Psicoterapéutica"*. Cuenca.
8. Casellas F, López-Vivancos J, Badía X, Vilaseca J, Malagelada JR. Influence of inflammatory bowel disease on different of quality of life. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:567-572.
9. Casellas F, Lopez-Vibancos, Magagelada JR. Experiencia previa y calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal durante los brotes de actividad. *REV Esp Enferm Dig* 2003;95 (7):471-475.
10. Casellas F, López-Vivanco J. Evaluación de la calidad de vida en las enfermedades digestivas. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27(2):58-68.
11. Clériga, R. (2011). *¿Colitis nerviosa?*, . México.
12. DSM-IV. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
13. Dubourdieu, M. (2014). *Integración Cuerpo-Mente – Entorno*. Montevideo: Psicolibros.

14. Fernández Álvarez Héctor, *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*, Paidós, Buenos Aires, 2005.
15. Lopez-Vivancos J, Casellas F, Badía X, Vilaseca J, Magagelada JR. Validation of the spanish version of the inflammatory bowel disease questionnaire on ulcerative colitis and Crohn's disease. *Digestion* 1999; 60:274-280.
16. Monton C, Perez MJ, Campos R, García J, Lobo A. escalas de Ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención primaria* 1993; 12.6:345-348.
17. MURAL. (2012). *Alertan Casos de Colitis Nerviosa*. México.
18. Murillo, R. (2004). *Colitis nerviosa*. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica .
19. Opazo, R. (2002). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica*. Santiago de Chile : Ediciones ICPSI.
20. Pallis AG, Vlachonkolis IG, Mouzas IA. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease, in Crete, Greece. *BMC Gastroenterol* 2001; 2:1. Epub 2002 Jan 10.
21. Schertzer, B., & Stone, S. (1972). *Manual para el Asesoramiento Psicológico "Counseling"*. Buenos Aires: Paidós.
22. Shivanda S. Lennard-Jones J. Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L, et.al. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European collaborative study on inflammatory bowel disease. *Gut* 1996; 39:690-7.
23. Silva, L. F., Díaz, M. L., Acuña, D. M., & García, J. D. (2011). *Síndrome de Intestino Irritable y Trastornos de Ansiedad*. Bogotá.
24. Soriano, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda. Desclée De Brouwer*. España .
25. Stowe SP, Redmand SR; Stormont JM et al. An epidemiologic study of inflammatory bowel disease in Rochester, New York Hospital Incidence. *Gastroenterology* 1990; 98:104.
26. Trallori G, Palli D, Sareva C et al. A population-based study of inflammatory bowel disease in Florence over 15 years (1978-1992). *Scand J Gastroenterol* 1996; 31:892.

Direcciones Electrónicas

- www.search.proquest.com/docview/914494746?accountid=36552
- www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-del-intestino-irritable-nuevos-13099805
- www.binasss.sa.cr/poblacion/colitis.htm
- www.iqb.es/digestivo/diagnosis/roma03.htm

ANEXOS

N.1 Diseño de tesis.....	67
--------------------------	----

DISEÑO DE TESIS

DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA
EN LA PERSONALIDAD

1. DATOS GENERALES DEL PROYECTO:

1.1. Título: Asesoría combinada (médico-psicólogo clínico) según el modelo integrativo focalizado en la personalidad para pacientes con diagnóstico de Colitis Nerviosa en Clínica Humanitaria "Fundación Pablo Jaramillo Crespo".	
1.2. Estado de la investigación:	nueva[<input checked="" type="checkbox"/>] continuación[<input type="checkbox"/>]
1.3. Duración: 6 meses	
1.4. Costo: (USD\$) 0	
1.5. Quién financiará el proyecto: Clínica Humanitaria "Fundación Pablo Jaramillo Crespo"	
1.6. Nombre de la (el)maestrante: Luis Miguel Farfán Sarmiento	
1.7. Teléfono celular:	0995755796
1.8. Correo electrónico:	tatu1886@hotmail.com
1.9. Director sugerido:	Msc. Mario Moyano Moyano
1.10. Teléfono celular:	0999767039
1.11. Correo electrónico:	mariomoy@uazuay.edu.ec

2. PRESENTACIÓN DEL TEXTO:

2.1. Introducción:

El síndrome de colon irritable es un trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por la asociación de dolor o molestia abdominal y alteraciones en el hábito deposicional. Se incluye entre los trastornos “funcionales” porque no se conoce que tenga una causa orgánica, y en la actualidad parece deberse a anomalías de la función digestiva, especialmente de la motilidad o de la sensibilidad (Roma II).

El tubo digestivo es como un cerebro intestinal complejo con conexiones directas a mediadores bioquímicos pre sinápticos y pos sinápticos, lo que hace que varios factores modifiquen la respuesta intestinal (MURAL 2012). Dado a lo funcional del diagnóstico es pertinente el empleo de asesoría conceptualizada como una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos (Balarezo, 2010).

Existe una gran lista de posibles causas con observaciones, experiencias e hipótesis, así se ha pensado atribuir la responsabilidad de esta enfermedad a infecciones específicas, alteraciones vasculares en la membrana de la mucosa intestinal, producción excesiva de enzimas capaces de disolver el moco protector de la superficie de la pared del colon o una hipersensibilidad especial de la mucosa a los alimentos (Clériga 2011); pero entre los modelos interpretativos sobre el origen de la colitis nerviosa ha tomado cada vez mayor fuerza la hipótesis de una estrecha relación con la personalidad del paciente , concretamente la relación entre estrés, la limpieza, la responsabilidad, pacientes reservados en su vida afectiva y una excesiva intelectualización, inflexibilidad refleja, rigidez con la moralidad y las reglas de comportamiento social, contacto interpersonal pobre y mecanicista (Clériga 2011).

La certeza de esta relación ha sido tan manifiesta desde el comienzo de las investigaciones que se ha llegado a considerar la colitis como uno de los ejemplos más típicos de enfermedad psicósomática.

Los tratamientos farmacológicos sin resultados absolutos, la elevada interconsulta psicológica de pacientes con Colitis Nerviosa, la frustración por el tiempo de tratamientos sin mejoría absoluta, la comorbilidad de éste

diagnóstico con la personalidad, la inversión e incredulidad en exámenes complementarios con resultados negativos y la elevada recidiva de síntomas genera el interés planteado en el presente tema de investigación al pretender un plan de asesoría combinada (médico-psicólogo), focalizada en la personalidad dirigida a pacientes con Colitis Nerviosa. Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados (Balarezo, 2003).

La implementación de éste plan de tratamiento integrativo permitirá que el paciente sea abordado no solo desde una perspectiva de un diagnóstico a nivel digestivo, sino desde una perspectiva general en la que el paciente y su personalidad son el centro de su mejoría.

2.2 PLANTEAMIENTO DE INTERROGANTES

¿Al realizar una intervención combinada a pacientes con colitis nerviosa, se conseguirá un plan de intervención que brinde mejores resultados que un tratamiento aislado?

¿Al aplicar asesoría combinada a pacientes con colitis nerviosa se conseguirá prevenir la recidiva de síntomas y el mantenimiento de su mejoría?

2.3. Problemática:

La relación que tiene el diagnóstico de Colitis Nerviosa con la influencia psicológica va en incremento, así también la derivación de interconsultas para un abordaje combinado.

En la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo” se observa un elevado índice de pacientes que están recibiendo tratamiento médico (farmacológico) debido al diagnóstico de Síndrome de colon irritable (Colitis Nerviosa), la muestra estadística del año 2013 apunta a 197 casos atendidos. El tratamiento suele ser a mediano y largo plazo obteniéndose en la mayoría buenos resultados temporales.

La colitis nerviosa está asociada a una estrecha relación entre la personalidad psíquica y la presentación de la enfermedad ya que en las interconsultas psicológicas se han detectado a numerosos pacientes con este diagnóstico y que tienen tendencias a la angustia, la rigidez, la perfección, la baja tolerancia a la frustración, inseguridad, sentimientos de inferioridad (Clériga 2011).

Estos pacientes constituyen un desafío para los procedimientos de salud sobre todo en la etapa inicial pues se evidencia que la tasa de recaída sintomática es alta por lo que presenta costos elevados en el tratamiento y la derivación a exámenes complementarios cuyo resultado a este nivel inicial en ocasiones apunta a un resultado negativo “carencia de enfermedad”.

2.4. Objetivo general:

Aplicar asesoría combinada, desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad a pacientes con diagnóstico de Colitis Nerviosa que promueva el mantenimiento de la mejoría y prevenga la recaída de síntomas.

2.5. Objetivos específicos:

1. **Diagnosticar** a un grupo de pacientes con Colitis Nerviosa de la clínica humanitaria para el tratamiento combinado.
2. **Diseñar** un programa de asesoría desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, en combinación con el médico clínico.
3. **Aplicar** el plan de asesoría.
4. **Evaluar** los resultados en comparación con el tratamiento netamente farmacológico.

2.6. Materiales y métodos:

- 1) Descripción del sitio de estudio

Clínica Humanitaria "Fundación Pablo Jaramillo Crespo".

2) Descripción del trabajo de campo

En la Clínica Humanitaria "Fundación Pablo Jaramillo Crespo" se seleccionará en la consulta médica clínica a pacientes con criterios diagnósticos de colitis nerviosa y serán remitidos al departamento de psicología, o viceversa en caso de identificar tales síntomas en la consulta psicológica.

De este grupo se tomará una muestra de 21 personas; siete de ellas serán abordadas médicamente, las otras siete solamente con asesoría psicológica y las siete restantes de forma combinada. Los tres grupos firmarán un protocolo de aceptación al tratamiento

En la consulta psicológica se usará:

- Observación clínica.
- Inventario Millon de estilos de personalidad MIPS (aplicación y evaluación).
- Encuesta de personalidad de la SEAPSI (aplicación y evaluación).
- Test de ansiedad de Hamilton (aplicación y evaluación).
- Plan de asesoría.
- Técnicas de asesoría.
- Re-test (aplicación y evaluación).

El médico clínico usará:

- Entrevista.

- Inventario Millon de estilos personalidad MIPS (aplicación psicólogo).
- Encuesta de personalidad de la SEAPsl (aplicación psicólogo).
- Test de ansiedad de Hamilton (aplicación psicólogo).
- Estetoscopio.
- Palpación.
- Exámenes complementarios.
- Re-test (aplicación).

El tratamiento de asesoría aislada y el abordaje combinado se lo aplicará en la parte psicológica con citas semanales en los dos primeros meses, en los dos meses siguientes serán citas quincenales y en los dos meses finales una cita por mes para la evaluación de resultados.

La parte médica tanto con el tratamiento combinado como con el netamente farmacológico tendrá citas quincenales y mensuales.

2.7 Método estadístico

Los test de ansiedad y personalidad serán ejecutados en la parte inicial y final del proceso tanto en el área médica como en la psicológica (la evaluación de los mismos serán exclusiva responsabilidad del psicólogo); de esta manera se determinará si los niveles de medición de los test o los rasgos de personalidad de cada paciente han sufrido o no modificaciones, y como dichos cambios han influido en la evolución de la colitis; no olvidemos que es una enfermedad funcional específicamente ligada al estilo de vida y forma de enfrentarla, por ende las variaciones tienen impacto en el proceso del diagnóstico y tratamiento.

Luego serán comparadas las muestras usando el método estadístico de Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon, que es una prueba no paramétrica para probar si un grupo de datos proviene de la misma población.

2.8. Presupuesto:

La clínica Humanitaria fundación Pablo Jaramillo Crespo será quien financie este proyecto de investigación.

3. Cronograma de actividades:

Actividades	Meses							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Sustentación del diseño de tesis.	X							
Recopilación de material bibliográfico.	X	X						
Selección de pacientes y diseño de asesoría.	X	X						
Inicio de asesoría. Aplicación de instrumentos			X					
Asesoría y uso de técnicas.			X	X	X	X	X	X
Re-test								X
Discusión de resultados, informe final.								X

4. Referencias bibliográficas:

- Balarezo, L. (2010). Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Quito: Unigraf.
- Balarezo, L. (2004). Psicoterapia, Asesoramiento. Quito: Centro de publicaciones de la Pontificie Universidad Católica del Ecuador.
- Fernández, H. (2011). Paisajes de la psicoterapia: Modelos, Aplicaciones y Procedimientos. Buenos Aires: Polemos.
- Clériga, R. (2011, Jan 29). ¿Colitis nerviosa? *Reforma*. Retrieved from

- MURAL, / . S. (2012, Jan 07). Alertan casos de colitis nerviosa. *Mural*. Retrieved from
- Luisa Fernanda Restrepo Silva, Mary Luz Páez Díaz, Diana Milena Guzmán Acuña, José Decid, Moreno García (Bogotá, Febrero – Marzo de 2011) SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Referencias Bibliográficas

- <http://search.proquest.com/docview/914494746?accountid=36552>
- <http://repository.urosario.edu.co/10336/2345>