

Intervención en un caso con enfermedad de Crohn

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2001; (2)

J. Vidal Fernández.

Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés. UCM, Madrid, España.

Centro de Psicología Clínica “Área Humana”.

Correspondencia:

Julia Vidal Fernández. “área humana” Centro de Psicología Clínica

C/Princesa, 3 dpdo.; 28008 Madrid (España)

Tel.: 91 559 11 87.

E-mail: juliav@correo.cop.es

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, Estrés, Enfermedad de Crohn, Evitación

(**KEYWORDS:** Anxiety, stress, Crohn disease, avoidance.)

Comunicación presentada en el II Congreso Virtual de Psiquiatría

Interpsiquis 2001

1 Febrero - 7 Marzo 2001

<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2441>

[caso clínico] [13/2/2001]

Resumen

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria que afecta a cualquier porción del tubo digestivo. Es una enfermedad nueva, propia de países desarrollados que afecta sobre todo a jóvenes de ambos sexos. Es crónica, recidivante, que evoluciona en brotes de intensidad y duración variables que cursan con dolor hipogástrico, diarreas, estreñimiento, fiebre y pérdida de peso entre otros.

Su etiología se desconoce aunque se piensa en una predisposición genética y probablemente en factores infecciosos e inmunológicos. Algunos autores coinciden en que los pacientes con Enfermedad de Crohn presentan niveles de ansiedad más elevados que la población normal (García Vega,1994; Maunder et Esplen, M.J.,1999). No obstante, se sabe que factores como la ansiedad y el estrés precipitan crisis en estos pacientes.

Exponemos la intervención cognitivo-conductual realizada a un varón de 26 años, de profesión Técnico informático, que acude a tratamiento por consejo de su médico para que se le entrene en técnicas de relajación.

Las técnicas de evaluación empleadas fueron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-(Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1986;1988;1994), autorregistros y la entrevista clínica.

Mostramos la evaluación realizada al sujeto, el tratamiento cognitivo-conductual, así como los resultados finales de la evaluación postratamiento. Los resultados concuerdan con los objetivos planteados en el tratamiento.

Abstract

Crohn disease is an inflammatory illness which affects any part of the digestive tract. It is common in developed countries, affecting above all young people of both sexes. It is a chronic and relapsing; it develops in episodes of variable intensity and duration, producing symptoms as: hypogastric pain, diarrhea, constipation, fever and weight-loss, among others.

Its origin is unknown, although it is thought to be caused by a genetic predisposition and probably by infectious and immunological factors. Some authors agree Crohn disease patients show higher anxiety levels than the average population (García Vega, 1994; Maunder et Esplen, M.J., 1999). However, it is known that factors such as anxiety and stress provoke crisis in these patients.

We will expose the cognitive-behavioural intervention done to a 26 years old male, who comes to therapy referred by his doctor so he can be trained in relaxation techniques.

The evaluation techniques employed were the Inventory of Anxiety Situations and Responses -ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel;1986;1988;1994), self-recording by the client, and the clinical interview.

We will show the evaluation done to the client, the cognitive-behavioural therapy, as well as the final results of the post-therapy evaluation. The results fit with the objectives posed in the therapy.

Introducción

La enfermedad de Crohn fue descrita por el estadounidense del mismo nombre en 1932. En España fue casi desconocida hasta los años 80. Afecta a jóvenes de ambos sexos de países desarrollados. La enfermedad de Crohn, junto con la colitis ulcerosa, forma parte de la enfermedad inflamatoria intestinal.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica, que puede afectar a cualquier porción del tubo digestivo, desde el ano a la boca. Es recidivante y evoluciona en brotes de intensidad y duración variables que cursan con dolor hipogástrico, diarreas con o sin moco, estreñimiento, fisuras, úlceras del ano, fiebre y pérdida de peso entre otros. También se producen manifestaciones fuera del intestino como inflamación de los ojos, piedras en riñón o vesícula, dolor de articulaciones, etc.

Su etiología se desconoce aunque se piensa en una predisposición genética y probablemente en factores infecciosos e inmunológicos.

Algunos autores coinciden en que los pacientes con enfermedad de Crohn presentan niveles de ansiedad más elevados que la población normal (García Vega,1994; Maunder et al.,1999). No obstante, las investigaciones actuales no presentan conclusiones definitivas en esta línea (García Vega y Fernández,1998). Si es cierto, que la propia cronicidad de la enfermedad interfiere en la calidad de vida de los pacientes y esto les genera ansiedad y estrés precipitando crisis en estos pacientes o exacerbando la sintomatología.

Cada vez hay más datos que avalan la relación que los factores psicológicos mantienen con la enfermedad física y la salud, y más estudios que relacionan factores emocionales con trastornos

psicofisiológicos (Cano Vindel y Miguel Tobal,1994; Cano Vindel y Fernández Rodríguez,1999). Atendiendo a las características que esta enfermedad presenta por su cronicidad y teniendo en cuenta la citada relación entre factores psicológicos y salud, suponemos la eficacia de determinadas técnicas psicológicas encaminadas a paliar muchos de los factores que aparecerían en la vida de estas personas afectados de la enfermedad de Crohn.

Datos personales y motivo de consulta

Nombre: A. C. G.

Edad: 26 años

Residencia: Segovia

Estudios: Técnico Informático

Motivo de Consulta: su médico de familia le deriva al Psiquiatra y éste, al Centro de Salud Mental con la finalidad de que se le entrene en técnicas de relajación. No obtiene la respuesta esperada ante esta demanda y decide acudir a un psicólogo privado tras la insistencia de su madre en ello. Una vez en nuestro Centro, demanda técnicas de relajación y expresa sus sentimientos de malestar en relación a su enfermedad y los problemas que está ocasionando en su vida.

Historia personal

A., es un varón de 26 años de edad que trabaja en una empresa como técnico informático. Es de familia con un nivel socioeconómico medio. Vive con sus padres y tres hermanos con los que mantiene buena relación. Recuerda una infancia feliz y tuvo una buena adolescencia. Actualmente A. dice que se encuentra bien y que tiene amigos y buenas relaciones sociales. A. tuvo novia durante tres años que terminó en ruptura por decisión de ambos ya que habían perdido el interés por la relación. No ha tenido otras relaciones sentimentales y actualmente no tiene pareja. Siente temor ante las relaciones con chicas debido a su enfermedad.

A. siempre fue un buen estudiante. Tras terminar COU, ingresó en la Facultad de Físicas, donde obtuvo unas malas calificaciones que atribuía a desconcierto por la carrera ya que no era lo que esperaba. Al año siguiente comenzó sus estudios en informática que finalizó no sin dificultad, pero contento de su decisión y con ánimos de estudiar la superior en un futuro cercano. Casi un año después de finalizar sus estudios encuentra trabajo en su profesión con el que se encuentra satisfecho aunque a veces se siente presionado por exceso de trabajo. Actualmente continua trabajando en la misma empresa. Sus relaciones laborales son buenas aunque últimamente siente que sus compañeros le rechazan pues se está produciendo un trato especial de los jefes hacia él, adaptándole la jornada de trabajo a sus necesidades por su enfermedad.

A A. le gusta el deporte, en especial el baloncesto, el cual ha practicado siempre.

Historia de su enfermedad

A. Tuvo varios episodios de diarrea durante el inicio de su adolescencia no siendo estos relacionados con enfermedad alguna.

Los primeros síntomas de su enfermedad aparecen a los 24 años. Tres meses antes de los primeros síntomas se produce la ruptura con su novia y sorteó para ingresar en el servicio militar; tres meses después de la aparición de esa sintomatología finaliza sus estudios. Tras terminar los estudios le diagnostican la enfermedad y se va a la mili donde permanece sólo quince días, ya que le licencian debido a su enfermedad. Tras un periodo de inactividad, encuentra su actual empleo y dos meses después del inicio de éste, le da el primer “brote fuerte” como dice A., con su consiguiente ingreso en el hospital. Se suceden otra serie de hospitalizaciones con intervalos de tres o cuatro meses entre cada uno de ellas.

A. ha seguido desde el principio el tratamiento farmacológico indicado para su enfermedad así como determinadas pautas indicadas para su alimentación.

En abril del presente año acude a consulta tras otra recaída en su enfermedad.

Evaluación

A. CUESTIONARIO BIOGRÁFICO

Los datos más significativos recogidos a través de este cuestionario son los siguientes:

- Le ha costado mucho decidirse para acudir a un psicólogo tras su mala experiencia con el Centro de Salud al que acudió por primera vez . Tras la primera entrevista su interés por el tratamiento aumenta y piensa que puede ser muy beneficioso para él.
- Su principal problema dice que es su enfermedad, sus síntomas y la preocupación que tiene por ella. Dice que su enfermedad le preocupa pero que no le pone nervioso. A. se da ánimos para superar sus dificultades.
- Destaca una infancia feliz. No otros problemas ni enfermedades de interés.
- En cuanto a antecedentes familiares, tiene una hermana con molestias intestinales esporádicas.
- Se encuentra muy satisfecho en su trabajo con ganas de destacar en él.
- Buenas relaciones sociales.
- Disfruta de su tiempo de ocio compartiéndolo con amigos en actividades deportivas (correr, baloncesto, fútbol...).
- Se describe como una persona seria, exigente y muy perfeccionista.

B. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Esta entrevista se utilizó con el fin de completar la información obtenida por medio del Cuestionario Biográfico y detectar situaciones problemáticas en torno a su enfermedad así como pensamientos erróneos referidos a ella.

Se puso en evidencia: (a) miedos que tenía A. como perder el trabajo, no encontrar pareja; (b) conductas que evitaba apoyadas por justificaciones bien elaboradas como salir por la noche con sus amigos, hacer deporte, continuar sus estudios como él quería... todo ello avalado por la idea de que tenía que cuidarse por su enfermedad; (c) numerosos pensamientos erróneos en torno a su enfermedad como “ si juego a baloncesto se me pueden romper mis intestinos”, “ si me golpean la tripa durante el

juego me puede dar un brote”, “ Si corro me pueden sangrar los intestinos” , “ ya no tengo control sobre mi vida”, “ lo fundamental en la vida es la salud, si esto falla ya no tienes nada. Yo no tengo salud”, “ soy distinto”, “ el cuidarme y descansar me dará más fuerzas”, “ soy como un desecho”, etc. Durante la entrevista se observa a nivel motor persistentes movimientos de piernas y manos y una excesiva velocidad al hablar que a veces impide entender lo que dice. También se vieron los recursos de los que A. disponía en lo que destaca una gran capacidad para superarse y para comprender como se estaba enfrentando a su situación.

C. INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD-ISRA-(Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1986;1988;1994)

El cuestionario se pasó el 4 de mayo de 2000 y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

A. Sistema de Respuestas:

	PUNTUACIÓN DIRECTA	CENTIL	VALORACIÓN
COGNITIVO	8	-	Ausencia de ansiedad
FISIOLÓGICO	4	-	Ausencia de ansiedad
MOTOR	5	5	Ansiedad mínima
TOTAL	17	-	Ausencia de ansiedad

B. Rasgos Específicos:

	PUNTUACIÓN DIRECTA	CENTIL	VALORACIÓN
F I	7	-	Ausencia de ansiedad
F II	1	-	Ausencia de ansiedad
FIII	6	15	Ansiedad mínima
F IV	0	-	Ausencia de ansiedad

Esta persona presenta ausencia de ansiedad autoinformada, según el ISRA, para lo que podemos establecer dos hipótesis. Por una parte la inexistencia real de ansiedad, algo poco probable y por otra, que sea un sujeto con un estilo represivo de afrontamiento, hipótesis que apoyamos, ya que mediante su observación durante las sesiones, muestra signos claros de ansiedad (movimientos repetitivos de sus piernas y lenguaje especialmente rápido entre otros).

D. AUTORREGISTRO DEL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

La finalidad del autorregistro de relajación era estudiar la evolución del entrenamiento tanto en el número de veces como en la calidad de los mismos y que él fuese consciente de su práctica y avances.

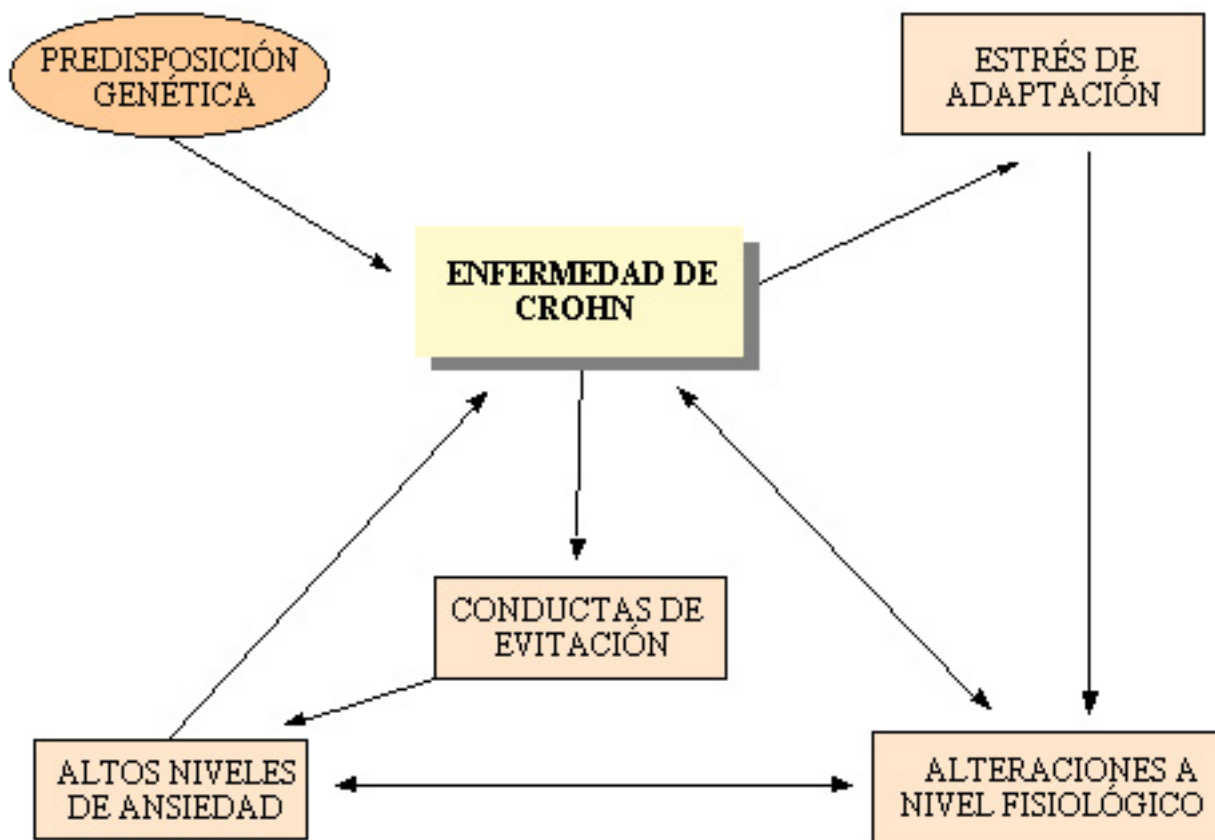
Diagnóstico

A. presenta un diagnóstico médico de enfermedad de Crohn. Esta enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo de conductas de evitación en su vida diaria así como la aparición de un cuadro de estrés con implicaciones a nivel fisiológico aumentando su sintomatología o precipitando alguna crisis. Presenta por tanto un trastorno adaptativo con ansiedad.

En cuanto al diagnóstico diferencial se hallarían, en el Eje II, el Trastorno de Personalidad por Evitación y en el Eje I, el Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica.

Modelo explicativo

El siguiente modelo explicativo intenta abordar el desarrollo y mantenimiento del problema. (Ver figura1)



Objetivos Terapéuticos

- C. Adquirir un buen entrenamiento en relajación
- D. Disminuir la respuesta de ansiedad en su conducta motora
- E. Reestructurar los pensamientos erróneos que tiene en relación a su enfermedad
- F. Disminuir las conductas de evitación
- G. Evitar el perfeccionismo

Tratamiento

El tratamiento seguido para conseguir los objetivos propuestos se llevó a cabo de la siguiente forma:

A. Informar al paciente. Primero se le informó sobre la Enfermedad de Crohn de forma minuciosa para que conociese bien no tanto su sintomatología, sino lo que sucede en su organismo. Esto fue fundamental para poder cambiar luego determinados pensamientos irracionales sobre su enfermedad como que hacer deporte podía “romper sus intestinos”. Luego se le explicó con un ejemplo de otra enfermedad, como cuando existe una enfermedad crónica, se modifica la vida de alguien y las consecuencias que puede tener. Tras este paso previo para evitar resistencias, se le expone mediante el modelo explicativo, su problema y las consecuencias que éste está provocando en su vida. Queda así definido el problema y se le explican los objetivos para el tratamiento.

B. Comenzamos con el “entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson”, seguido de entrenamiento en respiración abdominal como complemento de la anterior. El entrenamiento se llevó a cabo en la consulta y luego realizaba 1 o 2 prácticas diarias en casa. Desde el principio se le entrenó para que generalizase la relajación a otros momentos de su vida cotidiana. Para ello debía relajarse cuando iba en el coche o estaba en su trabajo. Debía tomar conciencia en diferentes momentos de cual era su tensión corporal, de si realizaba movimientos repetitivos con los pies, o hablaba de forma muy rápida. Comenzamos este entrenamiento en la consulta, parando en determinados momentos y tomando conciencia de las manifestaciones de ansiedad a nivel motor que presentaba A.. Las resolvía relajándose mediante respiración profunda.

C. Reestructuración Cognitiva de todos los pensamientos irracionales en torno a su enfermedad citados anteriormente. Se le explicaron las características de los pensamientos automáticos, como aprender a identificarlos y a cambiarlos y como alguno de ellos estaban influyendo de forma negativa en su enfermedad y en su vida, sin ayudarle a adaptarse a su problema y provocando sentimientos de inseguridad. Al principio no fue sencillo, pues había una clara negación del problema y decía que su objetivo era sólo hacer relajación. Por tanto primero hubo que enfrentarle a sus propias contradicciones ya que el primer día dijo que “su enfermedad estaba ocasionando problemas en su vida” y una vez hubo aceptado su problema, pudimos comenzar a trabajar.

El fue identificando las situaciones que evitaba debido a los pensamientos irracionales que tenía. Le resultó sencillo, tras reconocer que esto estaba afectando a su vida, expresar todos esos pensamientos irracionales, e íbamos trabajando uno a uno dándose el mismo cuenta de lo absurdo de algunos. Para alguno de ellos fue fundamental toda la información médica que se le dio para, por ejemplo, comprender que con el deporte sus intestinos no se iban a “romper”.

Trabajamos también algunas situaciones que se producen en su vida como tener que ir al baño urgentemente cuando estás en medio de una conversación con amigos o en el cine, etc. Utilizamos la intención paradójica para desdramatizar estas situaciones y el humor para enfrentarse a ellas. Así un

día dijo a sus amigos al volver del baño “la conversación está interesante que te cagas”, se rieron y continuaron sin prestarle más atención.

Durante el tratamiento se fue reforzando cada paso que daba A., sobre todo cuando expresaba sus dificultades y sus pensamientos irracionales que para él fue lo más difícil.

Los avances en el tratamiento, tras ser consciente de su problema, fueron muy rápidos.

D. Exposición a todas las situaciones que evitaba. No fue necesario graduarlas sino que se iba exponiendo a ellas voluntariamente, según se iban presentando oportunidades. No opuso resistencia alguna, comprendió tras explicarle los efectos de la evitación de algunas situaciones, que lo único que conseguía era incrementar sus miedos y que enfrentándose comprobaría que no sucedía aquello que temía.

Desarrollo

La periodicidad de las sesiones fueron en general de una semana con alguna excepción por motivos laborales. Tanto la evaluación y post-evaluación como el tratamiento se desarrollaron en 7 sesiones. El desarrollo de las mismas y las técnicas utilizadas pueden verse en la siguiente tabla (tabla1):

	PUNTUACIÓN DIRECTA	CENTIL	VALORACIÓN
F I	7	-	Ausencia de ansiedad
F II	1	-	Ausencia de ansiedad
FIII	6	15	Ansiedad mínima
F IV	0	-	Ausencia de ansiedad

* Fecha de la primera sesión 27-4-2000

** Fecha de la última sesión: 4-7-2000

Resultados

El paciente se encuentra muy satisfecho con el tratamiento, sobre todo por la toma de conciencia de las situaciones perjudiciales a las que le estaba llevando la propia conducta ante la enfermedad, como la evitación de situaciones que para él eran muy gratificantes como el deporte. Se enfrenta a estas situaciones con la certeza que va a repercutir positivamente en él y a la vez en su enfermedad. También expresa la reducción de angustia que ha sentido al “quitarse de la cabeza esas tonterías”, refiriéndose a los pensamientos erróneos acerca de su enfermedad. Ahora ve esas ideas como absurdas, y dice que ha podido enfrentarse a ellas al haberlas reconocido, algo que antes no hacía. En cuanto al perfeccionismo se ha tratado con bastante éxito, modificando también las ideas erróneas que hay en torno a éste.

Se ha conseguido un buen entrenamiento en relajación que ha generalizado con facilidad a la mayoría de las situaciones, consiguiendo una rápida relajación ante situaciones estresantes (especialmente en el ámbito laboral).

Señalar que en la evaluación postratamiento, no se volvió a pasar el ISRA, dejándolo pendiente para el seguimiento que se realizará en breve. No obstante se observó un descenso de su ansiedad a nivel motor (en los movimientos repetitivos de las piernas y una menor rapidez cuando habla). Según nos informa el paciente también han disminuido las tareas que realiza al mismo tiempo, procurando siempre no comenzar una tarea hasta que no haya terminado con la anterior.

Como conclusión, poner de manifiesto la eficacia de las técnicas utilizadas para el tratamiento de este caso, destacando especialmente la importancia de centrar la utilización de las técnicas cognitivas para la reestructuración de pensamientos erróneos en torno a su enfermedad.

Sabemos que el tratamiento no va a evitar una enfermedad que está ahí, que es real, pero si tenemos la certeza (también el paciente), que ha mejorado notablemente su calidad de vida y en definitiva, esta es la finalidad del tratamiento psicológico.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1995), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson
- Cano Vindel, A y Fernández J.C.(1999). Perfiles de Ira y Ansiedad en el Asma Bronquial. Revista Ansiedad y Estrés 5(1)
- Cano Vindel, A y Miguel-Tobal, J.J.(1994). Psicología, Medicina y Salud. Número monográfico de la Revista Ansiedad y Estrés, vol. 0
- García Vega, E. y Fernández J.C.(1998). Algunos factores predictores en la enfermedad de Crohn. Psicothema, 10(1)
- Maunder y Esplen, M.J.,(1999) Facilitating adjustment to inflammatory bowel disease: A model of psychosocial intervention in non-psychiatric patients. Psychoteraphy and Psychosomatics
- Miguel-Tobal, J.J., y Cano Vindel, A. (1994). Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA- . Madrid: TEA Ediciones