

Variables psicológicas asociadas al dolor anal crónico. Efecto de una intervención psicológica

Irama Cardozo y Carlos Sardiñas

iramillac@gmail.com; XXXXX

Instituto de Psicología, UCV – Unidad de Coloproctología,
Hospital Universitario de Caracas

Resumen

El objetivo de este trabajo es evaluar los factores psicológicos relacionados con el dolor anal crónico y el efecto de la intervención psicológica sobre la intensidad de dolor. Se estudia la evolución de tres pacientes que presentaban dolor anal recurrente e intenso que no cedía a analgésicos orales ni de uso tópico. Los resultados de la evaluación e intervención psicológica demuestran que los pacientes presentaban indicadores de ansiedad, depresión, dificultades en la comunicación y en los hábitos de alimentación y sueño. La intervención psicológica con reestructuración cognitiva, programación de actividades, autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y relajación progresiva; fue efectiva para instaurar repertorios conductuales alternativos, así como para reducir la intensidad y frecuencia de presentación del dolor.

Palabras clave: dolor anal crónico, depresión, ansiedad, dificultades en comunicación y hábitos, intervención psicológica

Recibido: 27 de abril de 2012

Aprobado: 04 de junio de 2012

Psychological variables associated to chronic anal pain. Effect of a psychological intervention

Abstract

The purpose of this study is to evaluate the psychological factors related to chronic anal pain and the effect of the psychological intervention over pain intensity. The evolution of three patients who presented recurrent and intense anal pain which did not lessen with oral or topic use of analgesics was studied. The results of the psychological evaluation and intervention show that patients presented signals of anxiety, depression, difficulty in communication and in eating and sleeping habits. The psychological intervention with cognitive restructuring, activities schedule, self-control, training of social skills, problem solving and progressive relaxation was effective to restore alternative behavioral repertoires, as well as to decrease the intensity and frequency of pain.

Key Words: chronic anal pain, depression, anxiety, difficulty in communication and habits, psychological intervention

Los trastornos anorrectales son patologías que afectan la zona final del intestino grueso, conformada por el recto y el conducto anal. Estas problemáticas pueden tener origen congénito como, por ejemplo, el ano imperforado, o pueden suscitarse a lo largo de la vida por diferentes causas, tal como sucede con el estreñimiento, las fisuras anales y el dolor anal. En la literatura se señala la clasificación de estos trastornos en orgánicos cuando tienen una causa biológica específica, y funcionales cuando no tienen una causa orgánica determinada. Los síntomas más frecuentes y que generan la búsqueda de atención médica suelen ser el dolor, hemorragia, prurito, incontinencia, flujo mucoso y prolapso. El tratamiento puede incluir fármacos, cirugía y psicoterapia en caso de que se requiera, dependiendo de las características del caso particular (Modesto, Gold y Gottesman, 1995; Sardiñas, 2002; Simón y Lara, 1996).

El dolor anal es un trastorno que puede estar asociado con condiciones clínicas orgánicas tales como fisuras anales, estreñimiento, así como con causas no orgánicas (idiopáticas). El dolor anal no asociado a causas orgánicas se clasifica en proctalgia fugaz, dolor anal crónico idiopático, síndrome del elevador del ano y dolor anorrectal inespecífico (Bharucha y Wald, 2010; Chaparro et al., 2007; Regadas y Murad, 2007). Los criterios de Roma III para realizar el diagnóstico de estas patologías se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Criterios de Roma III para el diagnóstico de dolor anal

PATOLOGÍA	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
Proctalgia fugaz	i) Episodios recurrentes de dolor localizado en el ano o recto distal, ii) episodios que duran de segundos a minutos y iii) no hay dolor anorrectal entre episodios
Proctalgia crónica	i) Dolor rectal crónico o recurrente, ii) los episodios duran 20 minutos o más, iii) exclusión de otras causas de dolor rectal, tales como isquemia, enfermedad inflamatoria intestinal, criptitis, absceso intramuscular, fisura anal, hemorroides, prostatitis y coccigodinia, iv) los criterios se satisfacen durante los últimos tres meses y los síntomas están presentes cuando menos seis meses antes del diagnóstico. En la proctalgia crónica, el síndrome elevador del ano se distingue del dolor anal inespecífico por la sensibilidad a la palpación del músculo elevador del ano

Síndrome elevador del ano	Los mismos de la proctalgia crónica más la sensibilidad a la palpación durante la tracción posterior sobre el músculo puborrectal
Dolor anorrectal inespecífico	Incluyen los criterios de la proctalgia crónica pero sin la sensibilidad a la palpación durante la tracción posterior sobre el músculo puborrectal

En los pacientes con dolor anal sin causa orgánica se han encontrado indicadores de contracción paradójica del puborrectal o disinergia de piso pélvico; de hecho, no se sabe con exactitud si el dolor es causa de esta problemática o si la contracción paradójica es la que genera el dolor. En todo caso, la terapéutica dirigida a manejar la disinergia (*biofeedback*, estimulación electrogalvánica) contribuye al manejo del dolor. Otras estrategias para el manejo de la disinergia y el dolor son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la captura de serotonina, la terapia conductual y la psicoterapia dinámica (Bharucha y Wald, 2010; Regadas y Murad, 2007). Estos tratamientos, combinados con el uso de cremas medicadas para uso tópico y analgésicos orales, apuntan al manejo del dolor y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En lo que refiere a la relación entre el dolor anal crónico y problemas psicológicos, se ha encontrado que variables tales como la ansiedad, la depresión, la historia de abuso sexual, la dificultad para la adaptación a las situaciones de la vida y la ideación suicida están asociadas tanto con el dolor anal como con otros problemas gastrointestinales funcionales (Bharucha y Wald, 2010). Así mismo, la psicoterapia para el manejo de los problemas psicológicos y la intervención con antidepresivos, coadyuva a la recuperación de los pacientes que presentan dolor crónico, sin embargo, se afirma que la eficacia de esta última intervención no necesariamente está asociada a la acción del antidepresivo sobre los síntomas depresivos, sino que puede explicarse por el efecto neuromodulador del tratamiento, que ayuda al manejo del dolor (Bixquert-Jiménez y Bixquert-Pla, 2005).

En este trabajo se presentan tres casos de pacientes que presentaban dolor anal recurrente e intenso, el cual fue manejado con tratamiento médico (analgésicos de administración oral y uso tópico), así como con técnicas de intervención psicológica dirigida a tratar los factores comportamentales asociados a la frecuencia de presentación y la intensidad del dolor.

OBJETIVOS

Evaluar los factores psicológicos relacionados con el dolor anal crónico y determinar el efecto de la intervención psicológica sobre la intensidad del dolor.

MÉTODO

Sujetos. 3 pacientes, una mujer y dos hombres con edades comprendidas entre 32 y 58, que asistían a consulta en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas, por presentar trastornos anorrectales y luego de la finalización del tratamiento médico continuaron presentando dolor anal, que no cedía a analgésicos orales ni de uso tópico.

Tipo de investigación y diseño. Investigación de tipo cuasiexperimental. Diseño de caso único del tipo A-B.

Procedimiento. Se revisó la historia médica de los pacientes para conocer el diagnóstico y tratamiento médico administrado. Se llevó a cabo entrevista psicológica y sesiones de evaluación para conocer aspectos relacionados con el área laboral, de pareja, sexual, recreativa, así como indicadores de variables tales como estrés, ansiedad, depresión y déficit en habilidades sociales. Además, se evaluaron los elementos contextuales asociados a la presentación de dolor, así como la intensidad del mismo. Posteriormente, se realizó intervención psicológica de acuerdo con cada caso.

Instrumentos. 1) Formato de entrevista en la que se exploraban los datos socioeconómicos y las áreas familiar, laboral, académica, recreativa, sexual, hábitos de alimentación y sueño, así como indicadores de estrés, ansiedad y depresión, 2) Formato de registro anecdótico en el que se solicitaba que indicasen los elementos presentes en el momento de presentación de dolor (personas, lugares, actividades), 3) Registro de intensidad de dolor. Escala análogo-visual con valores del 0 al 10, donde el 0 indica nada intenso y el 10 muy intenso, 4) Formatos de registro de situaciones asociadas al dolor.

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO 1

Antecedentes. Mujer de 58 años, soltera, con un hijo, sin pareja, con un trabajo como comerciante independiente, quien presentaba dolor anal

recurrente desde hace más de dos años, el cual fue tratado con crema nitrada y con analgésicos orales, mas se seguía presentando y no cedía ante estos tratamientos. Tras diferentes exámenes y tratamientos médicos que la paciente describió como infructuosos porque los síntomas permanecían, aunados a manifestaciones depresivas como verbalizaciones negativas acerca de su salud y su futuro y llanto frecuente durante las consultas médicas, se refirió a consulta psicológica. Se asignó registro anecdótico con la finalidad de identificar los elementos contextuales asociados a la presentación de dolor. Igualmente, se asignó el registro de intensidad de dolor a través de una escala análogo-visual con valores entre 0 (nada) y 10 (mucho).

Resultados de la evaluación. Se evaluaron aspectos relacionados con el área familiar, laboral, recreativa y de hábitos, así como indicadores de estrés, ansiedad, depresión y las estrategias empleadas para manejar el dolor. Entre los hallazgos de la evaluación se encuentran los siguientes datos relevantes: La paciente refirió que se encontraba muy preocupada por su hijo de 23 años, quien no quería trabajar, le pedía dinero para sus gastos personales y la manutención de su hijo de algunos meses de nacido. Peleaba mucho con ella, la insultaba con palabras tales como: “No te metas en mi vida”, “si voy a acompañarte a comprar las cosas de la casa tienes que apurarte, si no te dejo, eres muy fastidiosa”. Además, le molestaba que él la insultara y que no trabajara. Quería dejar de mantenerlo, pero sentía miedo de decirle esto porque “no sabía cómo iba a reaccionar este ante su decisión”. Manifestaba su deseo de dejar de pedirle ayuda a su hijo, pero expresaba que debía hacerlo porque aunque se considera una persona “activa”, algunas actividades no podía realizarlas sola.

Por otra parte, la paciente presentaba comportamientos asociados con la ansiedad y depresión, como dificultades para dormir, despertarse sobresaltada pensando que podría pasarle algo malo a ella o a su hijo, sensación de angustia, ganas de salir corriendo y llorar, pensamientos negativos acerca del futuro y el presente, desánimo, tristeza constante y percepción negativa acerca de sí misma, específicamente en lo referido a su rol de madre, pues consideraba que “lo ha hecho mal” y que “no vale nada como madre”.

Las manifestaciones de ansiedad se presentaban también ante situaciones relacionadas con el contexto donde se desenvolvía la paciente, pues vivía en una zona donde los índices delictivos eran bastante altos y cada noche cuando se escuchaban detonaciones, presentaba insomnio y comenzaba a

llorar mientras rezaba pidiendo a Dios que esta situación cesara. Además, algunas veces, “los malandros de la zona” le pedían dinero y ella aunque sentía miedo, rabia e impotencia, le daba para que no le hicieran nada.

Intervención y resultados. La intervención en este caso estuvo dirigida a entrenar a la paciente en relajación progresiva para contribuir al manejo del dolor y como parte del entrenamiento para el manejo de la ansiedad, los síntomas depresivos y las dificultades para dormir. Por otra parte, se emplearon técnicas de reestructuración cognitiva para trabajar los pensamientos irracionales acerca de su rol como madre y para modificar los pensamientos relacionados con la incapacidad de su hijo para resolver sus problemas. Así mismo, se entrenó para la toma de decisiones asociadas con la relación con su hijo (si continuaría dándole dinero para su manutención y la de su hijo, si le pediría ayuda para las actividades domésticas, entre otras) y se le entrenó para la comunicación asertiva de sus sentimientos, pensamientos y decisiones.

A lo largo de la intervención se observaron cambios en la frecuencia de presentación del llanto durante la consulta. La paciente manifestó que la frecuencia y duración de los episodios de llanto se redujo a lo largo de la intervención, así como los otros síntomas fisiológicos y los pensamientos irracionales. En cuanto a la relación con su hijo, la paciente empleando las técnicas de solución de problemas-toma de decisiones, determinó que no le diría más nada relacionado con la búsqueda de trabajo, sino que solo le daría comida si este pasaba por su casa a la hora de comer y que le diría que no le daría más dinero ni para él ni para su hijo. Se lo manifestó y aunque expresó que el hijo se molestó con ella, logró manejar el temor ante esta situación y mantuvo su posición. De igual manera se observaron cambios positivos en los hábitos de sueño, la paciente manifestó que lograba dormir más horas sin interrupciones y al despertar sentía que había descansado.

En el gráfico 1 se presenta el gráfico de intensidad de dolor durante la fase A y la fase B. Se observa que durante la línea base la intensidad de dolor oscila entre 6 y 5, con un solo episodio en el que no se presentó el dolor, mientras que en la fase B oscilaron entre 5 y 0, observándose que el dolor no se presentó durante 18 días consecutivos. Cabe señalar que el día 3, en el que no se presentó el dolor, la paciente indicó que su hijo no fue a su casa porque estaba con su pareja lejos de allí pero ella sabía que estaba bien y por eso estuvo tranquila. Así mismo, es importante mencionar que durante los días en los que no se presentó el dolor en la fase de intervención,

la paciente indicó que se presentaron dificultades con los “malandros” de su zona, pero ella pensó que debido a que no tenía posibilidades de mudarse de la zona ni generar cambios en la situación, debía adaptarse a esta y decidió no preocuparse más por eso, sino determinar una cantidad de dinero mínima para darles, sin generar pérdidas para su negocio y llegando al acuerdo verbal con los jóvenes de que les daría dinero pero que no le hicieran nada malo. Luego de esto, se quedó tranquila ante la situación.

Por otra parte, los inconvenientes con su hijo se volvieron a presentar, pero ella logró manejar el miedo que le generaba la situación y le expresó su desacuerdo y malestar. En las últimas sesiones, la paciente se presentó sin llanto y expresó que tenía sensación de bienestar y tranquilidad a diferencia de cuando empezó la intervención. Luego de dos meses, la paciente asistió a una sesión y manifestó que se sentía bien.

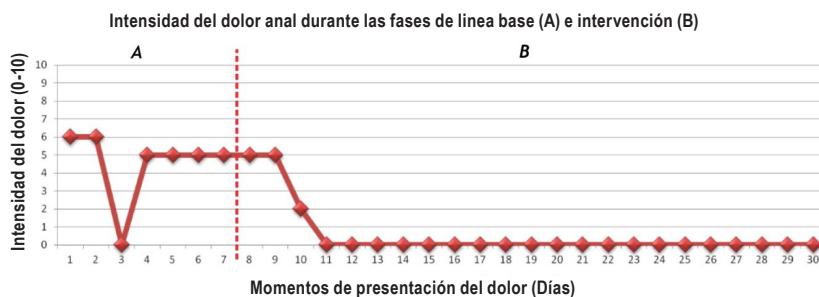


Gráfico 1. Intensidad de dolor (0-10) en la fase A (línea base) y en la fase B (intervención), caso 1.

CASO 2

Antecedentes. Hombre de 32 años, soltero, con una ruptura de pareja reciente, obrero calificado, quien presentaba dolor anal recurrente desde hace más de seis meses, el cual fue tratado con crema nitrada y con analgésicos orales, mas se seguía presentando y no cedía ante estos tratamientos. Fue examinado en distintas ocasiones y debido a que el problema continuó a pesar de las acciones médicas, se sugirió la asistencia a consulta psicológica para acompañar el proceso terapéutico. Se asignó registro anecdótico con la finalidad de identificar los elementos contextuales asociados a la presentación de dolor. Igualmente, se asignó un registro de intensidad de dolor a través de una escala análogo-visual con valores entre 0 (nada) y 10 (mucho).

Resultados de la evaluación. Se evaluaron aspectos relacionados con el área familiar, laboral, recreativa y de hábitos, así como indicadores de estrés, ansiedad, depresión y las estrategias empleadas para manejar el dolor. Entre los hallazgos de la evaluación se encuentran los siguientes datos relevantes: El paciente refirió que antes de presentarse la ruptura con la pareja no había presentado el dolor anal, además de esto, su madre enfermó un mes después de iniciarse la presentación recurrente del dolor y este evento le generó mucha ansiedad, sensación de tener muchas cosas por resolver y no tener las herramientas para sobrellevarlas. Derivado de la ruptura de pareja, el paciente estuvo presentando indicadores de depresión tales como: falta de apetito, desánimo, deseo de permanecer acostado la mayor parte del tiempo, ausentismo laboral asociado al dolor y al poco entusiasmo para salir de casa, pensamientos recurrentes asociados con la separación de la pareja. El paciente dejó de consumir alimentos sólidos por temor a evacuar y sentir dolor cuando lo hiciera; únicamente consumía cremas, jugos y agua.

Por otra parte, se presentaban comportamientos asociados con la ansiedad, como sensación de temor y preocupación cuando pensaba en su futuro en relación con su área laboral y de pareja. Afirmaba que sentía mucho miedo al pensar en establecer una nueva relación de pareja, pues consideraba que podía ser engañado o abandonado y porque le daría vergüenza que la pareja “pensara mal” de él por presentar un dolor anal; señaló que no sabía cómo decirle que presentaba dicho malestar ni que estaba yendo al médico por eso.

Intervención y resultados. La intervención en este caso estuvo dirigida a entrenar al paciente en relajación progresiva para contribuir al manejo del dolor y como parte del entrenamiento para el manejo de la ansiedad, la depresión y la comunicación inasertiva. Por otra parte, se emplearon técnicas de reestructuración cognitiva para trabajar los pensamientos irracionales y evaluar los aspectos relacionados con la ruptura de pareja, con la finalidad de que el paciente discriminara la parte de responsabilidad que tenía en este desenlace de su relación y de esta manera tomar decisiones para modificar los comportamientos que afectaron negativamente su relación, procurando que en una nueva relación desplegara otros comportamientos más funcionales para tener éxito en la misma. Esto último se trabajó con un entrenamiento en solución de problemas.

Además se hizo con el paciente una programación de actividades tanto laborales como recreativas con amigos y familiares y se le entrenó

para ser quien las propiciara. Así mismo, se hizo un plan de incorporación de alimentos, aproximándolo sucesivamente al consumo adecuado de los mismos, tal como lo había indicado la nutricionista, y acompañando esta actividad con herramientas de reestructuración cognitiva para manejar los pensamientos irracionales asociados a la ingesta de alimento y un análisis de las consecuencias negativas de mantener esta rutina de alimentación inadecuada.

A lo largo de la intervención se fueron observando cambios en la frecuencia y cantidad de alimentos consumidos, así como en las estrategias empleadas para manejar el dolor. Por otra parte, el paciente comenzó a asistir a su trabajo, propició actividades recreativas con sus amigos, tales como juegos de béisbol, salidas al cine y manejó de una manera más adecuada situaciones de comunicación con otras personas. Simultáneo con la intervención, se continuaron los registros de intensidad de dolor. Luego del día 34, el paciente indicó que no pudo seguir registrando, pues se reincorporó a su trabajo y se le hacía muy difícil seguir asistiendo a la consulta, pues ya no tenía reposo médico, por esto no se pudo continuar con el trabajo, sin embargo, agregó que se sentía bastante bien y que logró insertarse adecuadamente a sus rutinas.

En el gráfico o 2 se presenta la intensidad de dolor durante la fase A y la fase B. Se observa que durante la línea base la intensidad de dolor oscila entre 2 y 10, mientras que en la fase B, a excepción de los días comprendidos entre el día 22 y el 28 (encerrados en la línea punteada), oscilaron entre 6 y 0. Cabe señalar que tras la exploración de los eventos acaecidos en los días en que la intensidad de dolor se incrementó durante la fase de intervención, el paciente indicó que en esos días conoció a una persona que le atrajo como pareja y esta le invitó a salir, sintió mucha ansiedad y preocupación ante esta invitación, pero aceptó y salió con ella en dos oportunidades y aunque le comentó que está asistiendo al médico, no le dijo que era por presentar dolor anal, eso le hizo sentir más tranquilo. Además indicó que empleó las técnicas de relajación entrenadas en la consulta y que esto le ayudó bastante para mantenerse más tranquilo y manejar el dolor. Posteriormente, siguió relacionándose con la persona, logrando manejar la ansiedad que esta situación le generaba los primeros días y sintiéndose a gusto durante los días sucesivos. En general, el paciente expresó que se sentía bien y que percibía que había comenzado “una nueva vida”.

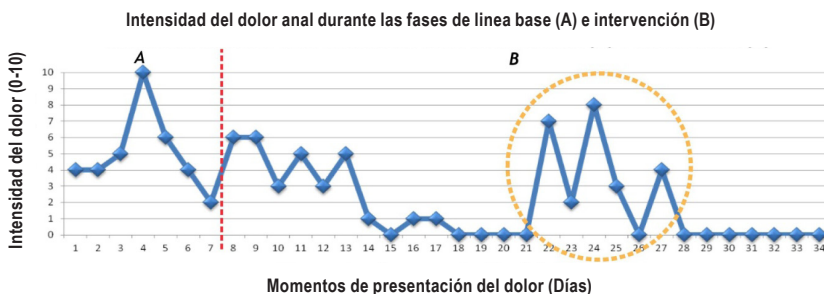


Gráfico 2. Intensidad de dolor (0-10) en la fase A (línea base) y en la fase B (intervención), caso 2.

CASO 3

Antecedentes. Hombre de 45 años, soltero, homosexual, sin pareja, con estudios universitarios completos, desempleado, quien presentaba dolor anal recurrente desde hacía más de un año, el cual estuvo relacionado con una fisura anal tratada con toxina botulínica, además de ser tratado con crema nitrada y con analgésicos orales. Para el momento del inicio de la intervención psicológica seguía presentando dolor intenso, que no cedía a los tratamientos médicos, por lo que fue referido al psicólogo para realizar entrenamiento para el manejo del dolor. Se asignó registro anecdótico con la finalidad de identificar los elementos contextuales asociados a la presentación de dolor. Igualmente, se asignó un registro de intensidad de dolor a través de una escala análogo-visual con valores entre 0 (nada) y 10 (mucho).

Resultados de la evaluación. Se evaluaron aspectos relacionados con el área familiar, laboral, recreativa y de hábitos, así como indicadores de estrés, ansiedad, depresión y las estrategias empleadas para manejar el dolor. Entre los hallazgos de la evaluación se encuentran los siguientes datos relevantes: el paciente refirió que luego de la intervención para la aplicación de la toxina botulínica siguió presentando dolor y que la intensidad del mismo se incrementaba cuando se encontraba en situaciones sociales tales como tener que intervenir en una reunión de trabajo, pedir un favor o servicio a alguien y, en general, cuando tenía que comunicarse verbalmente con una persona siendo observado por otras o cuando su opinión puede ser evaluada negativamente. En estas situaciones se presentan indicadores cognitivos (pensamientos irracionales tales como: todos me están observando, quizá digo una “barbaridad” y pensarán que soy una persona poco preparada, esta

persona pensará mal de mí porque le estoy pidiendo este favor, entre otros); fisiológicos (sudoración excesiva, malestar estomacal, temblor de manos) y motores (huida del lugar, esperar que otra persona pida el servicio para acceder a este sin tener que solicitarlo o para que la persona a quien debe pedirlo esté cerca de él y poder pedirlo en voz baja). Igualmente, cuando se encontraba ante situaciones que demandaban mucho tiempo y consideraba que no tenía tal disponibilidad, se “ponía tenso” y percibía mayor intensidad y duración del dolor.

Intervención y resultados. La intervención en este caso estuvo dirigida a entrenar al paciente en relajación progresiva para contribuir al manejo del dolor y como parte del entrenamiento para el manejo de la ansiedad y la comunicación inasertiva. Por otra parte, se emplearon técnicas de reestructuración cognitiva para trabajar los pensamientos irracionales relacionados con las interacciones con otras personas. Todo esto enmarcado en el entrenamiento en habilidades sociales. Igualmente, se incorporó un entrenamiento en solución de problemas para que lograra manejar las situaciones problemáticas tomando decisiones adecuadas.

Se realizaron ensayos conductuales relacionados con las interacciones sociales y se le indicó que se sometiera a las mismas (pues él las estaba evitando), y que registrase lo que ocurría en cada situación. En las diferentes sesiones se realizaron prácticas con las situaciones en las que presentó dificultad y se analizaron aquellas en las que no presentó dificultad para que observara las diferencias entre sus comportamientos en cada situación.

Por otra parte, se le instigó para realizar la búsqueda de trabajo, ofreciéndole orientaciones para la presentación de su síntesis curricular y para afrontar adecuadamente la entrevista de trabajo. Se realizaron ensayos relacionados con esta situación particular.

A lo largo de la intervención se observó un incremento de la frecuencia de interacciones sociales efectivas, así como en el empleo de técnicas para el manejo de la ansiedad ante estas situaciones. Así mismo, el paciente fue a distintas instituciones a entregar su síntesis curricular y manifestó que pudo manejar adecuadamente la ansiedad durante las entrevistas.

Simultáneo con la intervención, se continuaron los registros de intensidad de dolor, observándose un uso efectivo de las estrategias para su manejo y, en consecuencia, menor frecuencia e intensidad de dolor.

Luego del día 67, el paciente indicó que lo llamaron de una de las instituciones en las que entregó el currículum y que por estar comenzando allí le era difícil asistir a sesiones de seguimiento, sin embargo, tal como se observa en el gráfico 2, la intensidad de dolor ya se había reducido a 0. Después de haber pasado, aproximadamente, un mes, el paciente se comunicó con el servicio de psicología para expresar su agradecimiento por las estrategias ofrecidas en la consulta e indicar que estaba muy bien en su trabajo, que lograba comunicarse mejor y que los episodios de dolor se presentaron esporádicamente, pero con menor intensidad y logró manejarlos adecuadamente con las técnicas entrenadas.

En el gráfico 3 se presenta la intensidad de dolor durante la fase A y la fase B. Se observa que durante la línea base la intensidad de dolor oscila entre 2 y 9, mientras que en la fase B oscilaron entre 7 y 0. Esto indica cambios favorables en el nivel y la tendencia durante la fase de intervención.

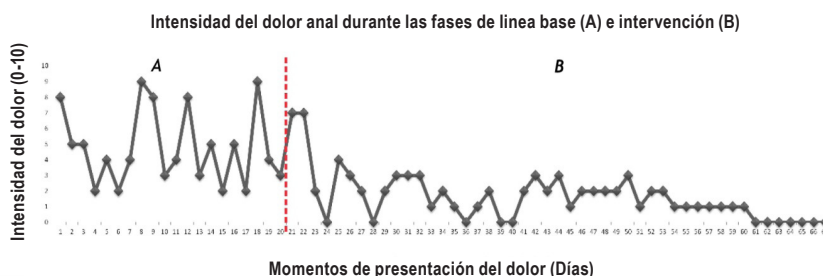


Gráfico 3. Intensidad de dolor (0-10) en la fase A (línea base) y en la fase B (intervención), caso 5.

DISCUSIÓN

Los resultados de la evaluación e intervención psicológica permitieron observar que los pacientes presentaban indicadores de ansiedad, depresión y déficit de habilidades sociales. Entre las áreas principalmente afectadas se encontraban: área familiar (problemas de comunicación con hijos y pareja, preocupación por el comportamiento de los hijos), área laboral (inestabilidad laboral y desempleo), área social (dificultad para relacionarse adecuadamente con las personas de su entorno). Esto es cónsono con los hallazgos de Renzi y Pescatori (2000), quienes encontraron que los pacientes que presentan dolor anal idiopático presentan altos niveles de ansiedad y depresión y sugieren que estos pacientes deben ser examinados y acompañados en el aspecto

psicológico para comprender mejor la naturaleza de su patología y abordarla de una mejor manera. Así mismo, los resultados concuerdan con lo que plantean Creed, Levy, Bradley, Drossman et al. (2010), quienes elaboraron el cuestionario de aspectos psicosociales de los trastornos funcionales gastrointestinales de Roma III, incluyendo las variables ansiedad, depresión y dificultad para la adaptación, entre otras variables, e indicando que es necesario evaluar estos aspectos, pues se ha hallado relación entre ellos y los trastornos funcionales gastrointestinales, entre los que se encuentra el dolor anal crónico.

Briceño y Contreras (2006), Lastra y Moreno (2009), Moreno y Ochoa (2005) estudiaron los patrones conductuales de los pacientes con trastornos anorrectales, encontraron que estos pacientes presentan con frecuencia ansiedad, indicadores de depresión, ideas pesimistas, irritabilidad, dificultades con la comunicación, temor a ser evaluados negativamente, tensión ante situaciones sociales, dificultades con el sueño y la alimentación. Los resultados de este trabajo confirman lo demostrado por estos autores.

En los tres casos estudiados se observó que la intervención psicológica con estrategias tales como reestructuración cognitiva, programación de actividades, autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, relajación progresiva, modificación de hábitos, fue efectiva para reducir los comportamientos inadecuados e instaurar repertorios conductuales alternativos, así como para reducir al mínimo la intensidad y frecuencia de presentación del dolor. Esto confirma lo planteado por Bixquert-Jiménez y Bixquert-Pla (2005) y Miró (2006), quienes plantean que los tratamientos con psicoterapia y técnicas cognitivo-conductuales, coadyuvan al manejo del dolor y que el abordaje de estos trastornos debe implicar tanto la intervención médica como la psicológica. Lo anterior permite reflexionar acerca de la interrogante relacionada con el efecto de los antidepresivos sobre el dolor anal, pues se considera que el efecto podría estar relacionado con el efecto neuromodulador de estos fármacos y no necesariamente con la acción sobre la sintomatología depresiva, sin embargo, dada la relación encontrada entre el dolor anal y los indicadores de depresión, es posible considerar que la acción de los antidepresivos sería sobre ambos factores y que en estos pacientes sería importante aplicar además del tratamiento farmacológico, una intervención psicológica que coadyuve en el manejo de los síntomas depresivos y de esta manera contribuir con la evitación de las recidivas.

Estos hallazgos constituyen un aporte teórico, metodológico y tecnológico para el estudio del dolor anal crónico. Se concluye que esta problemática está asociada con variables psicológicas, por lo que se recomienda considerar el acompañamiento psicológico como parte de la terapéutica. Esto apunta a la importancia de contar con un equipo multidisciplinario en las instituciones donde se atiendan pacientes con estas patologías, con la finalidad de incluir al psicólogo en los protocolos de evaluación e intervención de estos problemas. Finalmente, es importante enfatizar el valor de la intervención con estrategias dirigidas al manejo de los síntomas fisiológicos, los pensamientos irracionales, la comunicación inadecuada, la ansiedad y los síntomas depresivos para el manejo del dolor. Se sugiere considerar estos hallazgos en el abordaje de los trastornos anorrectales y confirmarlos en trabajos futuros.

REFERENCIAS

- Bharucha, A. y Wald, A. (2010). Trastornos anorrectales. [Versión electrónica]. *Revista de Gastroenterología de México*, 75 (4), 497-507.
- Bixquert-Jiménez, M. y Bixquert-Pla, L. (2005). Tratamiento con antidepresivos en los trastornos funcionales digestivos. *Progresos en Gastroenterología*, 28 (8), 485-492.
- Briceño, D. y Contreras, L. (2006). Patrones conductuales de pacientes con trastornos anorrectales. Trabajo presentado para optar al título de Licenciado en Psicología (no publicado), Caracas, Universidad Central de Venezuela.
- Creed, F., Levy, R., Bradley, L., Drossman, D., Francisconi, C., Naliboff, B. y Olden, K. (2010). Apéndice A: Cuestionario de alerta psicosocial para los trastornos funcionales digestivos. *Revista Gastroenterología de México*, 75 (4), 508-510.
- Lastra, C. y Moreno, Z. (2009). Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales. Trabajo presentado para optar al título de Licenciado en Psicología (no publicado). Caracas, Universidad Central de Venezuela.
- Miró, J. (2006). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. (2ª ed.). Bilbao: Desclée de Brower.
- Modesto, V., Gold, R. y Gottesman, L. (1995). Pelvic floor abnormalities. En: W. Mazier, D. Levien, M. Luchtefeld, y A. Senagore (Eds.). *Surgery of the colon, rectum and anus*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Moreno, R. y Ochoa, M. (2005). Trastornos anorrectales: una aproximación desde el modelo conductual. Trabajo presentado para optar al título de Licenciado en Psicología (no publicado). Caracas, Universidad Central de Venezuela.

- Regadas, F. y Murrad, S. (2007). Distúrbios funcionais do assoalho pélvico. *Atlas de Ultrasonografía Anorrectal Bi e Tridimensional*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Renzi, C. y Pescatori, M. (2000). Psychologic aspects in proctalgia. *Diseases of the Colon & Rectum*, 43 (4), 535-539.
- Sardinas, C. (2002). *Proctología para cirujanos generales*. Caracas: Disinlimed.
- Simón, M. y Lara, M. (1996). *Técnicas de intervención psicológica en los trastornos defecatorios. Nuevas alternativas terapéuticas*. Madrid: Biblioteca Nueva.