



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

Departamento de Psicología de la Salud

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA MULTICOMPONENTE GRUPAL EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Tesis para optar al grado de doctora presentada por:

Purificación Bernabeu Juan

Dirigida por los doctores

Jesús Rodríguez Marín

Rodrigo Jover Martínez

Carlos J. van-der Hofstadt Román

Alicante, 2017

Esta tesis se ha realizado en el Hospital General Universitario de Alicante con la supervisión sistemática del Departamento de Psicología de la Salud de la Facultad de Ciencias Socio Sanitarias de la Universidad Miguel Hernández de Elche.



“.....Interrogué a uno de aquellos hombres preguntándole a dónde iban de aquel modo. Me contestó que ni él ni los demás lo sabían, pero que, sin duda iban a alguna parte ya que les impulsaba una necesidad invencible de andar...”. (Charles Baudelaire)



A RODRIGO,SIEMPRE POR TODO

La invencible necesidad de andar, de avanzar, es lo que siempre me ha impulsado en la vida, también en esta ocasión. Espero llegar a alguna parte...

Quisiera expresar mi agradecimiento a todas las personas que, de una manera u otra, hicieron posible la realización de esta tesis doctoral, porque como dice el Dr. Alfredo Prieto,: “No se puede adquirir el grado de doctor sin haber aprendido a agradecer ”

A mis padres, que me inculcaron el valor del esfuerzo y del trabajo, que han creído en mis capacidades, a veces más allá de lo que yo misma he creído, apoyándome siempre en todas mis decisiones.

A mis hijos, que han sufrido en ocasiones mi falta de dedicación y mi falta de paciencia a lo largo de esta aventura y de otras muchas.

A Carlos van-der por ser el impulsor de esta idea, sin él este proyecto no existiría; por apoyarme en todo momento y facilitarme siempre la labor; por acompañarme en este largo camino, asesorándome, orientándome y animándome cuando hacía falta. Espero que lo siga haciendo a lo largo de mi trayectoria.

A Jesús Rodríguez-Marín por su generosidad, por compartir sus vastos conocimientos de psicología y del mundo y por resolver con acierto mis dudas, generando, casi siempre, otras nuevas que me impulsaban a ampliar conocimientos.

A Miguel Raúl y Natalia, sin cuya ayuda hubiera sido bastante más difícil, largo y costoso sacar adelante este proyecto.

A las Dras. Ana Gutierrez y Laura Sempere, las especialistas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del HGUA, sin cuya colaboración difícilmente se hubieran podido reclutar todos estos pacientes.

Al Doctor Pedro Zapater, por su inestimable y apreciada ayuda.

A los pacientes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del HGUA, que se prestaron incondicionalmente y con gran interés a participar en este proyecto y de los que tanto he aprendido.

Con este agradecimiento y dedicatoria a Rodrigo Jover cierro el círculo que él inició con su Tesis Doctoral en 1996 con la misma dedicatoria, que entonces me sorprendió gratamente y que ahora comparto plenamente convencida. Una vez más me has acompañado en este particular viaje, pero como nosotros sabemos: "Peu importe le voyage pourvu que l' horizon soit vaste"

ÍNDICE

1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	2
1.1 Introducción	2
1.2 Naturaleza y epidemiología de la EII	3
1.3 Factores psicológicos y EII	9
1.3.1 Estrés y EII	10
1.3.2 Ansiedad y depresión en EII	17
1.3.3 Estrategias de afrontamiento	19
1.4 Personalidad y EII	22
1.5 Adhesión al tratamiento en EII	26
1.6 Calidad de vida en EII	31
1.6.1 Conceptos generales	31
1.6.2 Medición de la calidad de vida en EII	35
1.7 Intervención Psicológica y EII	38
1.8 Justificación del estudio	50
2 OBJETIVOS	53
3 HIPÓTESIS	56
4 MATERIALES Y MÉTODOS	58
4.1 Diseño	59
4.2 Sujetos de estudio	59
4.2.1 Criterios de inclusión	60
4.2.2 Criterios de exclusión	60
4.3 Cálculo de la muestra	60
4.4 Variables de estudio	61
4.5 Instrumentos utilizados	62

4.6 Procedimiento	68
4.7 Aspectos éticos	77
4.8 Análisis de datos	78
5 RESULTADOS	80
5.1 Descripción de la muestra inicial	81
5.2 Características basales comparadas por diagnóstico	91
5.3 Patrones de personalidad	98
5.4 Resultados basales del total de participantes en el ensayo	
Clínico	113
5.5 Resultados basales comparados entre grupo control	
e intervención de la muestra participante	
en el ensayo clínico	124
5.6 Eficacia del programa. Comparación de los resultados	
en las variables pre y post intervención en el grupo	
control y el grupo intervención	131
6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	145
6.1 Discusión	146
6.2 Limitaciones de estudio	162
6.3 Líneas de trabajo futuras	164
6.4 Conclusiones	166
7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168

8	ÍNDICES DE TABLAS Y FIGURAS	192
9	ANEXOS	198



LISTADO DE ABREVIATURAS

AINes: antiinflamatorios no esteroideos

BDI: cuestionario de depresión de Beck

BQ: cuestionario de afrontamiento

CDAI: índice de actividad de la enfermedad de Crohn

CU: colitis ulcerosa

CV: calidad de vida

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud

CDI: Inventario de depresión para niños

CDRS-R: escala revisada de depresión para niños

EA: estrategias de afrontamiento

EAE: escala de apreciación del estrés relacionado con la enfermedad

EC: enfermedad de Crohn

EII: enfermedad inflamatoria intestinal

EM: manejo del estrés

ECR: estudio controlado randomizado

ECNR: estudio controlado no randomizado

ENCNR: estudio no controlado no randomizado

EPQ: cuestionario de personalidad de Eysenck

FFMQ: cuestionario de cinco facetas de mindfulness

HADS: escala hospitalaria de ansiedad y depresión

HBI: índice de actividad de Bradshaw

HHSS: habilidades sociales

IBDQ: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire

IBDSCCQ: Etapas de cambio en el afrontamiento de la EII

K-SADS PL: escala de desórdenes afectivos y esquizofrenia para niños

MCMI-III: Inventario clínico multiaxial de Millon

MMPI: Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota

MPD: modelo psicodinámico

NCT: National Clinical Trial

PCDAI: índice de actividad de la enfermedad de Crohn pediátrico

POMS: perfiles de estados de ánimo

PSQ: cuestionario de estrés percibido

PSS: escala de estrés percibido

RMPJ: relajación muscular progresiva de Jacobson

RSRSR: escala de reajuste social revisada

SF-36: cuestionario de calidad de vida

SFQ: cuestionario de la función social

SNA: sistema nervioso autónomo

SP: solución de problemas

SRRS: escala de acontecimientos vitales estresantes

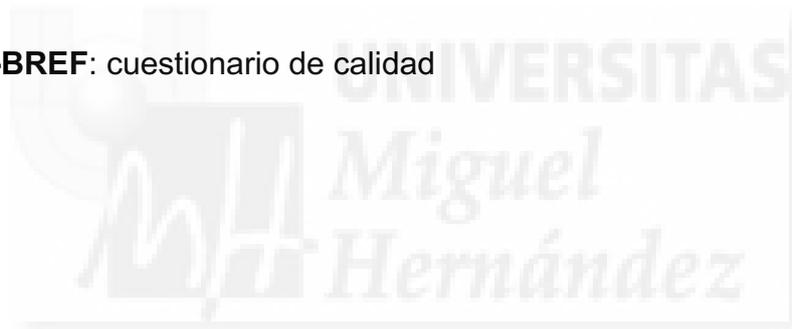
STAI: escala de ansiedad estado-rasgo

TAND: terapia de apoyo no directiva

TCC: terapia cognitivo conductual

TNBS: ácido Trinitrobencenosulfónico

WHO QoL-BREF: cuestionario de calidad





1.INTRODUCCION

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

1.1 Introducción.

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende un grupo de trastornos autoinmunes del tracto digestivo, de carácter crónico y origen desconocido que cursan con brotes de inflamación y fases de remisión. La EII aparece en individuos genéticamente predispuestos en los que la conjunción de factores ambientales exteriores y la acción de bacterias intestinales producen una respuesta inflamatoria intestinal anómala que se perpetúa en el tiempo, produciendo la enfermedad (Goodhand et al., 2012).

La consideración de la enfermedad desde un punto de vista biopsicosocial, asume la existencia de una estrecha relación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en relación con el curso, la expresión clínica, el tratamiento y los brotes de la enfermedad. La posibilidad de que la activación de la enfermedad, pueda ser desencadenada por el estrés o por el malestar emocional, o bien que éstos influyan en la evolución de la misma, ha sido objeto de estudio a lo largo de los años (Bonaz & Bernstein, 2013; Triantafyllidis & Gikas, 2013; Vidal et al., 2006).

Podemos encontrar la relación entre los aspectos físicos y emocionales en los dos sentidos. Por un lado, existen algunos estudios que concluyen que los pacientes con EII presentan una mayor tasa de alteraciones afectivas que la población general, especialmente ansiedad y depresión (Graff, Walker, & Bernstein, 2009; Hauser, Moser, Klose, & Mikocka-Walus, 2014; Simren et al., 2002). Por otro lado, hay también estudios psicoimmunológicos recientes que han demostrado que el padecimiento de la enfermedad aumenta la probabilidad de aparición de trastornos emocionales y que estos, a su vez,

afectan a la propia EII, haciendo, en muchas ocasiones, que empeore la sintomatología (Hauser et al., 2014).

1.2 Naturaleza y epidemiología de la EII

La EII es un trastorno gastrointestinal de carácter crónico que se caracteriza por la presencia de alteraciones de tipo inflamatorio en la pared del intestino. Dentro de la categoría de enfermedades inflamatorias intestinales se encuentran la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU) cuyos síntomas más característicos son: diarrea, dolor abdominal, fiebre, malestar general, cansancio, pérdida de apetito, debilidad, anemia y pérdida de peso. Estas enfermedades cursan alternando periodos de remisión en los que la enfermedad está inactiva con periodos de brote, en los que aparecen los síntomas citados, la inflamación aumenta y se agudiza, siendo imprevisible el número, la periodicidad y la gravedad de estos.

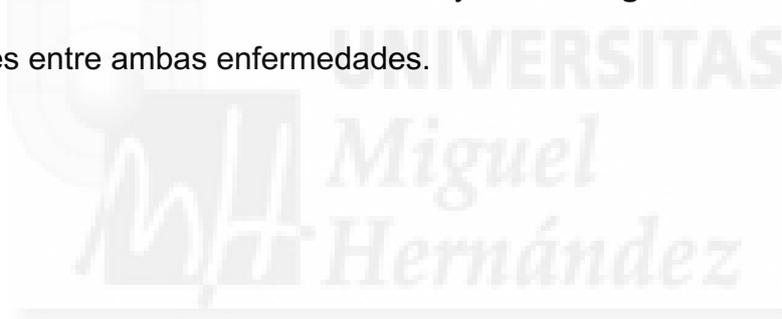
Aunque las manifestaciones clínicas de la EC y la CU son similares, existen diferencias en cuanto a la distribución de las lesiones, la forma de presentación de las mismas, la afectación de las capas intestinales, el tratamiento y la prevalencia.

La EC se define como un tipo de EII que puede comprometer a cualquier tramo del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, aunque la localización más frecuente es el extremo distal del íleon y la zona proximal del colon. Se caracteriza por afectar a todo el grosor de la pared del intestino, de forma discontinua, incluso a varios segmentos distantes entre sí. Los síntomas suelen consistir en diarrea, sangrado y dolor abdominal así como abscesos, fisuras o fístulas anales. También puede provocar síntomas extradigestivos

como artritis o artralgias, aftas, uveítis, eritema nodoso y pioderma gangrenoso entre otros (Vavricka et al., 2015), lo cual incrementa la probabilidad de que los pacientes sufran efectos psicológicos importantes.

La CU es un tipo de EII que se caracteriza por la presencia de úlceras en la mucosa del colon. La inflamación afecta únicamente a la mucosa y de manera continua, a diferencia de la EC que afecta todas las capas y de forma discontinua. Esta inflamación puede provocar deposiciones diarreicas con sangre y moco. Asimismo, la CU puede presentar manifestaciones extraintestinales (Vavricka et al., 2015).

En la **figura 1** pueden verse las diferencias entre CU y EC según sus características clínicas más frecuentes y en la **figura 2** las diferencias estructurales entre ambas enfermedades.



	Enfermedad de Crohn	Colitis Ulcerosa
Rectorragia	+/-	+++
Masa abdominal	+++	-
Dolor abdominal	+++	+
Pérdida de peso	++	+
Fiebre	+	+
Fístulas	Frecuente	Infrecuente
Abscesos	Frecuente	Excepcionales
Afectación perianal	Frecuente	Inusual
Estenosis intestinal	Frecuente	Infrecuente

Figura 1. Diferencias entre CU y EC según síntomas clínicos

Colitis Ulcerosa (CU)	Enfermedad de Crohn (EC)
Afectación exclusiva del colon	Afectación de cualquier tramo del tracto digestivo
Afectación en continuidad y simétrica	Afectación parcheada y asimétrica
Inflamación limitada a la mucosa	Inflamación transmural
Raras estenosis y fístulas	Frecuentes estenosis y fístulas

Figura 2. Diferencias estructurales entre CU y EC.

La fisiopatología de las EII es compleja y su etiología, hasta el momento, se desconoce; sin embargo, hay estudios que demuestran con claridad que existe una predisposición genética sumada a un medio ambiente favorable para su aparición (Mawdsley & Rampton, 2005). Cambios en el medio ambiente explican el incremento de la EII en los países desarrollados (Mawdsley & Rampton, 2005). Además, se sabe que la respuesta inflamatoria es anormal y que ocurre una pérdida de tolerancia y alteración del sistema inmune autónomo, de modo que aumenta la permeabilidad de la mucosa intestinal ante agentes proinflamatorios debido a alteraciones de la barrera de esta mucosa, facilitando el acceso de moléculas y toxinas que inducen en las personas predispuestas una respuesta inmune no regulada (Jorgensen & Mortensen, 2001).

Los datos de los que disponemos indican que el estrés puede incrementar la permeabilidad del intestino (Soderholm & Perdue, 2001), facilitando que los antígenos luminales accedan al epitelio intestinal, causando de esta forma inflamación (Hart & Kamm, 2002).

En la **figura 3** se exponen una serie de factores ambientales que pueden tener un papel significativo en el inicio de la enfermedad en pacientes con una predisposición genética a desarrollar la EII.

FACTORES RELACIONADOS CON LA EVOLUCIÓN DE LA EII
DIETA
CIRUGÍA
SITUACIONES DE ESTRÉS
FACTORES PSICOLÓGICOS (ansiedad, depresión, etc.)
ALTERACIONES DE LA MICROFLORA INTESTINAL
INFECCIONES
USO DE AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) O ANTIBIÓTICOS
TABACO (si bien es cierto que es un factor protector en pacientes con CU, también es conocido que puede agravar y provocar crisis en pacientes con EC)

Figura 3. Factores que pueden afectar a la evolución de la EII

Esta falta de conocimiento sobre los mecanismos patogénicos de la EII hace que la terapéutica sea en algunos casos inespecífica y se centre en un efecto antiinflamatorio e inmunosupresor. El tratamiento, por tanto, depende fundamentalmente de los síntomas clínicos reportados por el paciente y la severidad de las lesiones observadas a partir de las exploraciones complementarias. Desde un punto de vista general, el tratamiento

farmacológico busca la consecución de tres grandes objetivos: disminuir la actividad inflamatoria de la enfermedad, modular o inhibir la respuesta inmunológica del intestino y reducir el contenido antigénico intraluminal (Beltran, Martinez-Cuesta, Calatayud, Hinojosa, & Esplugues, 1997).

Es difícil determinar la tendencia mundial en términos de incidencia y prevalencia, porque los criterios diagnósticos que se han utilizado en los distintos estudios no han sido homogéneos, como tampoco lo ha sido la población estudiada, a lo que se suman variaciones geográficas y raciales. Aun así, la EII es una enfermedad muy prevalente, cuya incidencia anual va en aumento en las últimas décadas. Se sabe con certeza que la distribución de la EII es bimodal, con pico de incidencia entre los 30 y 40 años de edad, y un segundo pico, de menor magnitud, a los 60 años. Afecta principalmente a individuos de raza blanca, sobre todo a la etnia judía y originarios de Europa central y del este, con una menor prevalencia entre afroamericanos e hispanos y mínima en asiáticos, aunque la incidencia de estos últimos va en aumento en los últimos años (Mayberry & Rhodes, 1984; Molodecky et al., 2012). Respecto a la CU, estudios efectuados en distintos países demuestran que la incidencia ha ido aumentando en forma homogénea: las últimas revisiones estiman que la incidencia anual sería de 3 a 15/100.000 habitantes y la prevalencia, de 50 a 80/100.000 habitantes (Molodecky et al., 2012). En cuanto a la EC, si bien los porcentajes de incidencia y prevalencia son inferiores a los descritos en CU, la tendencia también es al aumento aunque en los países desarrollados haya tendido a estabilizarse. La incidencia de EC es de 1 a 10/100.000 habitantes y la prevalencia es de 10 a 100/100.000 habitantes (Molodecky et al., 2012).

1.3 Factores psicológicos y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La mayoría de los autores aceptan el postulado de interacción recíproca entre los factores biológicos y psicosociales propuesto por el modelo biopsicosocial de Engel (Engel, 1980) y coinciden en atribuir una etiología multicausal a la enfermedad inflamatoria intestinal, lo que ha motivado el interés por determinar qué factores psicológicos pudieran estar influyendo en el desarrollo, curso y tratamiento de estos trastornos digestivos (Díaz Sibaja, Comeche Moreno, & Mas Hesse, 2007).

Existen datos sobre la influencia de los factores psicológicos en la EII y las investigaciones han indagado en su relación tanto con el inicio de la enfermedad como con su desarrollo (Casati & Toner, 2000; Fuller-Thomson & Sulman, 2006; Goodhand et al., 2012; Kurina, Goldacre, Yeates, & Gill, 2001). En general, los estudios están de acuerdo en la exacerbación de la EII en situaciones de estrés, pero discrepan en la consideración de los factores psicológicos como causa de la enfermedad o como consecuencia de esta. En cualquier caso, podrían ser un componente más de la etiología multifactorial de la EII. La literatura sobre la EII señala que estos pacientes presentan más desajustes que la población normal, predominantemente, en ansiedad, depresión y trastornos neuróticos, (Andrews, Barczak, & Allan, 1987; Goodhand et al., 2012; Walker, Gelfand, Gelfand, Creed, & Katon, 1996) si bien estas características parecen variar y agravarse cuando la enfermedad se encuentra en fase de brote.

Mittermaier y colaboradores, en un estudio de 2004 (Mittermaier et al., 2004) realizado para comprobar si efectivamente estos factores influyen o no

en el curso de la EII, encontraron una relación significativa entre los niveles de depresión y de ansiedad y el número de brotes, indicando por tanto que la ansiedad y la depresión pueden tener efectos negativos en el curso de la EII, o bien, que los brotes pueden afectar, a su vez, incrementando los niveles de ansiedad y depresión en estos pacientes.

El estudio de Gómez-Gil y colaboradores (Gomez-Gil et al., 2003) concluye que un elevado porcentaje de pacientes con EII tiene una percepción subjetiva de que existe una relación entre los acontecimientos vitales estresantes padecidos y la actividad de su enfermedad, que la prevalencia de sintomatología ansiosa o depresiva en estos pacientes es elevada, y que si esta observación se confirmara, sería importante tener en cuenta la intervención psicológica en estos pacientes.

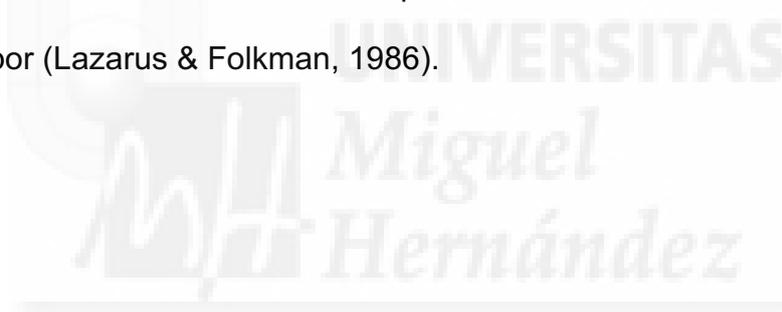
1.3.1 Estrés y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

De acuerdo con Lazarus y Folkman (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986), “el estrés es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante para sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Es, pues, un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo e incluye tanto los estresores como las respuestas a los mismos. Este proceso puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos que a su vez pueden ser causantes de enfermedad.

En este proceso destacan dos conceptos que juegan un papel muy importante:

- La evaluación cognitiva, evaluación que realiza el sujeto sobre el estresor, que puede ser de dos tipos (Folkman et al., 1986): primaria, que es la evaluación espontánea que el individuo hace sobre el riesgo que el estímulo supone, y secundaria, que se refiere a lo que el individuo puede hacer, a los recursos con los que cuenta para reducir al estresor.
- La respuesta de afrontamiento, que es el esfuerzo cognitivo, conductual y/o emocional que realiza el sujeto para manejar el estresor.

En la **figura 4** se resume la conceptualización del estrés como proceso propuesta por (Lazarus & Folkman, 1986).



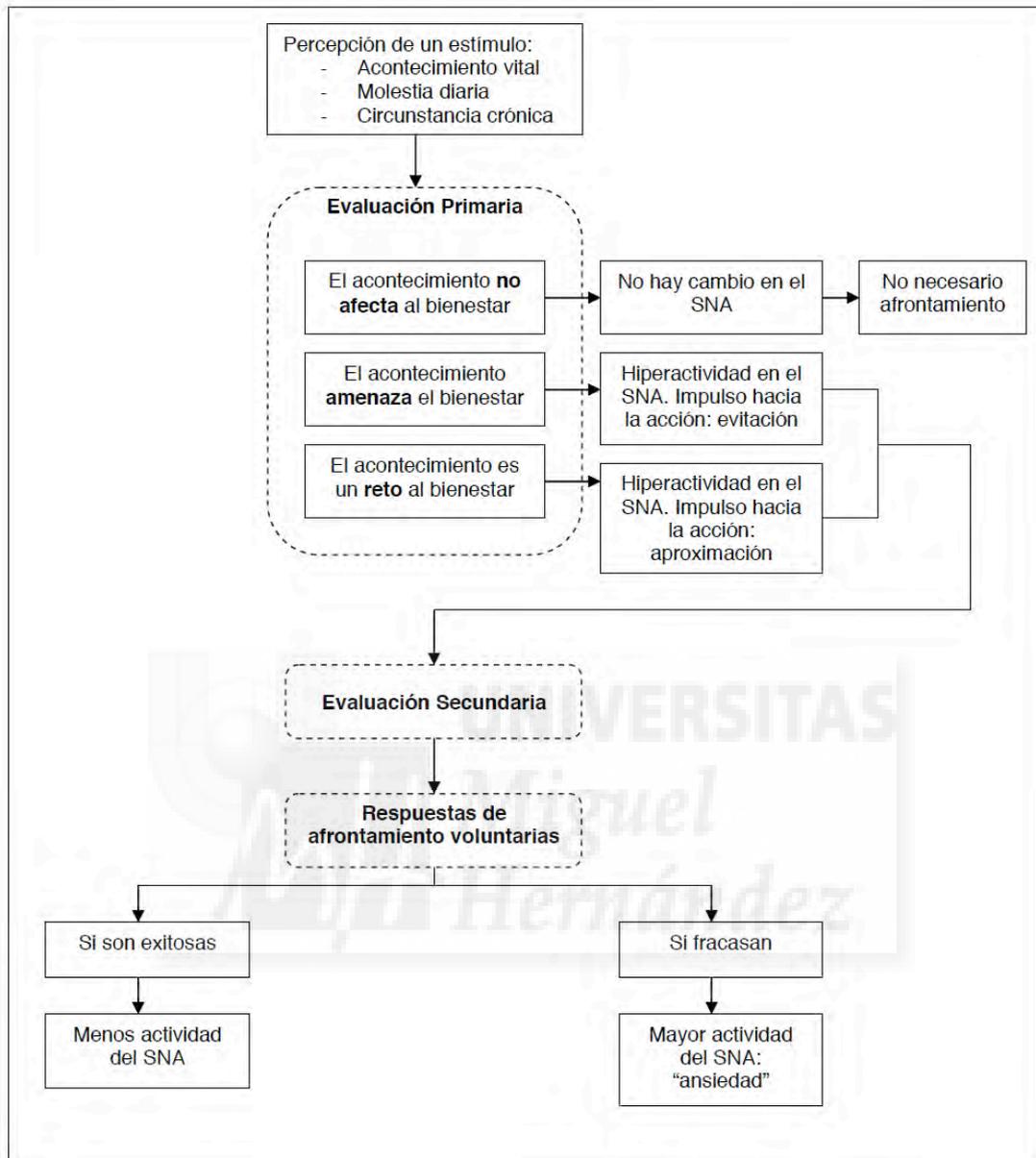


Figura 4. El estrés como proceso (Lazarus & Folkman, 1986).

El efecto del estrés psicológico sobre el sistema inmune y la respuesta inflamatoria es complejo y poco conocido y depende tanto de la duración como de la intensidad del estresor. Tanto el estrés crónico como el estrés agudo están asociados con alteraciones de la función inmune e inflamatoria sistémica

que pueden tener relevancia para la patogénesis de la EII (Mawdsley & Rampton, 2005).

El estrés crónico sostenido, como el provocado por los eventos adversos en la vida, provoca un aumento prolongado en cortisol a lo largo de varios días, que es característicamente asociado con inmunosupresión. Se ha demostrado que sucesos estresantes como el duelo, la depresión o la separación marital, puede provocar la disminución del número de linfocitos CD8 +, NK células y macrófagos que se encuentran en sangre (Schleifer, Keller, & Bartlett, 2002). No obstante, la comprobación in vivo de cómo afecta el estrés psicológico es difícil, ya que el estrés es una experiencia subjetiva que difícilmente se puede simular en un entorno experimental controlado, por tanto es complicado definirlo y exponerlo de forma objetiva. Además hay que tener en cuenta que no resulta ético someter a los pacientes experimentalmente a una respuesta sostenida de estrés.

A pesar de estas limitaciones, el hecho de que el estrés (tanto agudo como crónico) pueda aumentar la probabilidad de recaída en sujetos con EII está respaldado cada vez más por estudios de estrés experimental en modelos animales con enfermedad inflamatoria intestinal (Newport, Stowe, & Nemeroff, 2002; Wood, Segal, Mark, Ogden, & Felder, 2000). Algunos de estos estudios en animales indican que el estrés puede contribuir al inicio y/o al empeoramiento en el curso de la EII. En un modelo animal en ratas con estrés inducido por inmovilización durante 6 horas cada día durante varios días (de 1 a 15 días), se demostró que el estrés aumentaba el daño inflamatorio microscópico y macroscópico inducido por dosis subinflamatorias de ácido Trinitrobencenosulfónico (TNBS), así como la actividad de los marcadores

bioquímicos de inflamación (MPO, iNOS), disminuyendo la actividad nNOS (marcador antiinflamatorio) y aumentando la pérdida de peso del animal (Colon et al., 2004). En el intento de comprobar si la exposición al estrés, por sí misma, también producía inflamación, se pudo determinar que efectivamente, la inmovilización durante 6 horas en un día o la repetición de este estrés durante 5 o 10 días era capaz de aumentar los parámetros inflamatorios de la mucosa colónica. También se ha comprobado en otros animales, como los titís de cabeza de algodón, un aumento de riesgo de colitis como consecuencia del estrés producido por la cría en cautividad (Stout & Snyder, 1969). En otros estudios se ha observado que el estrés por inmovilización o exposición a ruido es capaz de reactivar colitis quiescente inducida con bajas dosis de TNBS (Pfeiffer, Qiu, & Lam, 2001).

En resumen, los datos obtenidos en modelos de EII en animales sometidos a situaciones de estrés demuestran que el estrés por sí solo, provoca disfunción de la mucosa colónica, ya que induce inflamación, aumentando la permeabilidad de la barrera intestinal y aumenta asimismo la traslocación bacteriana con peligro de infecciones añadidas como complicación de la EII.

Rodríguez-Marín (Rodríguez-Marín, 1995) en sus estudios sobre enfermedad crónica y estrés, diferencia entre el estrés causado por la enfermedad y la enfermedad como causa de estrés, que su vez interaccionan entre sí retroalimentándose. Este autor presenta un esquema en el que se recoge la relación entre el estrés y la enfermedad siguiendo dos posibles vías (**figura 5**):

- Una vía directa mediante la cual el estrés produciría cambios fisiológicos que podrían provocar la enfermedad mediante secreción de hormonas que son liberadas durante largos períodos de tiempo y que, en niveles elevados, pueden tener efectos adversos en el organismo, aunque siempre hay que tener en cuenta la predisposición genética y el patrón de respuesta del sujeto ante situaciones estresantes.

- Una vía indirecta mediante la cual el estrés provoca cambios en la conducta que a su vez pueden provocar problemas de salud. Por ejemplo, ante un estresor continuado se puede instaurar una conducta desadaptativa y perjudicial para la salud, como en el caso de una ingesta frecuente de alcohol. Efectivamente, algunas investigaciones han demostrado que sujetos expuestos a altos niveles de estrés tienden a realizar comportamientos que ponen en riesgo su salud, aumentando la probabilidad de enfermar (Wiebe & McCallum, 1986).

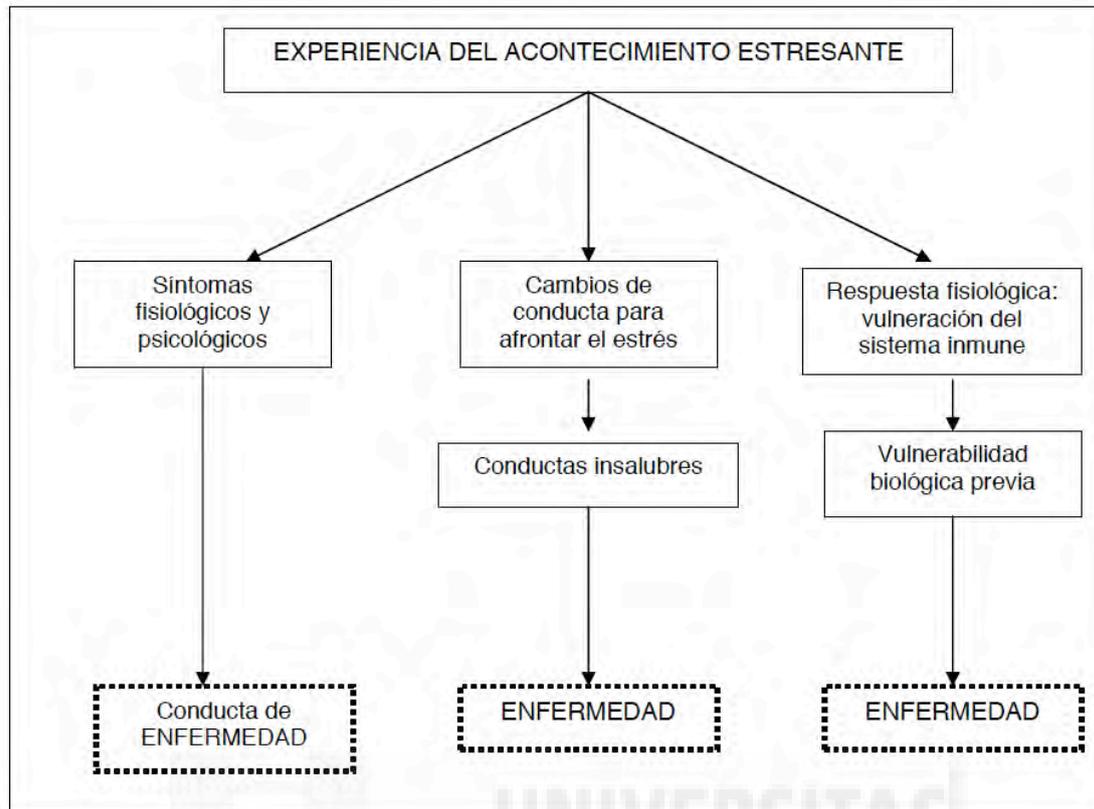


Figura 5. El estrés como causa de enfermedad (Rodríguez-Marín, 1995).

Además de los estudios en animales anteriormente expuestos, diversas investigaciones en humanos han demostrado que ciertos factores psicosociales, entre ellos el estrés, están asociados con la etiología, curso y pronóstico de algunas enfermedades. Existen datos bien consolidados que demuestran la relación entre el estrés y alteraciones en la función digestiva (Mawdsley & Rampton, 2005; Sajadinejad, Asgari, Molavi, Kalantari, & Adibi, 2012). Tanto el estrés agudo como el crónico aumentan la secreción de agua e iones y alteran la permeabilidad intestinal en modelos animales y en humanos (Soderholm & Perdue, 2001). Por otra parte, es conocido que el estrés afecta considerablemente a la respuesta del sistema inmune (Bonaz & Bernstein, 2013; Ziemssen & Kern, 2007) y, en concreto, a la función inmunológica de la mucosa intestinal (Ferrier et al., 2003; R. Maunder, 2000). También se ha

observado que en seres humanos el estrés puede inducir tales alteraciones intestinales a través del eje hipofiso-suprarrenal, mediante la mediación de hormonas como la corticotropina, la cual se ha encontrado en el tracto intestinal de sujetos con CU (Kawahito et al., 1995).

Sobre esta base, se puede tomar en consideración la hipótesis según la cual la disminución del estrés generaría una mejoría en la enfermedad. Sin embargo, no hemos encontrado estudios que muestren de manera fiable cuál es el mecanismo mediante el cual el estrés afecta a la homeostasis inflamatoria intestinal, aunque es posible que factores humorales o cambios en la permeabilidad intestinal o alteraciones en la relación entre la mucosa y la flora bacteriana puedan estar involucrados en esta relación.

En cualquier caso, sea cual sea el mecanismo implicado, si efectivamente, el estrés tiene un efecto adverso sobre la historia natural de la EII, las medidas para reducir el estrés deberían ayudar a mejorar los síntomas y reducir la actividad de la EII. Desafortunadamente, hasta el momento, no ha sido posible demostrar esta asociación de manera reproducible.

1.3.2. Ansiedad y Depresión en EII

Tal y como se da en la mayoría de las enfermedades crónicas, también en EII existe una mayor prevalencia de desórdenes emocionales comparado con la población general. Los factores psicológicos más estudiados en torno a la EII han sido, sin duda, la ansiedad y la depresión.

Cada vez más se está reconociendo, tanto por los especialistas como en los resultados informados por los pacientes, que la ansiedad y la depresión están presentes en la enfermedad inflamatoria intestinal y pueden empeorar su curso (Mardini, Kip, & Wilson, 2004; Mittermaier et al., 2004). Varios autores han coincidido en señalar que los pacientes con EII presentan más alteraciones psicopatológicas que la población general, predominantemente ansiedad y depresión (Guthrie et al., 2002; Pizzi et al., 2006). La prevalencia de la depresión en poblaciones con EII varía del 15% al 30% (Freitas, Andreoulakis, et al., 2015). Los estudios hasta la fecha confirman que los sucesos adversos de la vida, el estrés crónico y la depresión pueden aumentar la probabilidad de recaídas o de brotes en pacientes con EII (Mawdsley & Rampton, 2005; Sajadinejad et al., 2012).

Asimismo, la depresión se asocia con un peor cumplimiento del tratamiento (Graff et al., 2009), e incluso existen estudios que sugieren que tanto ansiedad como depresión podrían jugar un papel etiológico en algunos casos de CU (Kurina et al., 2001). En cambio, otros autores sugieren que muchos de estos pacientes presentan sintomatología depresiva durante las fases agudas de la enfermedad gastrointestinal, sin haber encontrado evidencia de que el estado de ánimo depresivo provoque una exacerbación de los síntomas (North, Alpers, Helzer, Spitznagel, & Clouse, 1991). Investigaciones recientes ratifican el hecho de que los pacientes afectados por estas enfermedades presentan niveles de ansiedad y depresión más elevados que la población normal (Díaz-Sibaja, Comeche-Moreno, Mas-Hesse, Díaz-García, & Vallejo-Pareja, 2008).

Las alteraciones psicopatológicas varían y se agravan dependiendo del curso de la EII, lo que sugiere que los trastornos emocionales podrían también ser secundarios a la enfermedad física y/o a las repercusiones en el estilo de vida que se dan como consecuencia de ésta (Kurina et al., 2001; Persoons et al., 2005).

En cualquier caso, teniendo en cuenta lo expuesto, sería importante dedicarle una mayor atención a estos factores psicológicos que, de cualquier modo, bien sea como causa o como consecuencia, principales o secundarios a la enfermedad, están afectando a los pacientes con EII y por tanto disminuyendo de forma considerable su calidad de vida.

1.3.3 Estrategias de Afrontamiento

Las personas diagnosticadas de EII se enfrentan a dos tipos de estresores, por un lado a los sucesos vitales y al estrés diario, ambos sucesos externos susceptibles de afectar también a la población general y, por otro lado, a la propia enfermedad gastrointestinal, que tiene un impacto psicológico importante en la persona que la sufre (por su condición de enfermedad crónica). De tal manera que, dependiendo de cómo se afronten ambos estresores, el sujeto tendrá un mayor o menor bienestar, afectando también a su estado de salud e incluso a la incidencia y duración de los períodos de actividad de la enfermedad (Tobón, Vinaccia, Quiceno, Sandín, & Núñez-Rojas, 2007).

La reacción emocional de una persona ante un estímulo estresante, como puede ser el padecimiento de la EII, no sólo dependerá de los síntomas físicos, de la valoración que haga de la enfermedad y de las consecuencias que prevea, sino que también dependerá de los cambios que se produzcan en su estilo de vida y de las estrategias de afrontamiento que utilice para hacer frente a su nueva situación (Díaz-Sibaja et al., 2008).

En términos generales, el concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986). Este concepto del afrontamiento asume que el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas.

Hay varias formas de clasificar estas estrategias, una de las más utilizadas es la que las engloba en 7 dimensiones básicas: estrategias focalizadas en la solución del problema, autofocalización negativa, re-evaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, religión y búsqueda de apoyo social (Sandín & Chorot, 2003).

Algunos autores consideran, además, que las estrategias de afrontamiento son el predictor más importante del curso de la enfermedad (Moskovitz, Maunder, Cohen, McLeod, & MacRae, 2000). Si ello, efectivamente, es así, sería importante conocer qué estrategias de afrontamiento del estrés utilizan los pacientes de EII para adaptarse a su situación de enfermos crónicos, ya que esto nos permitirá a su vez planificar actuaciones preventivas y de intervención que favorezcan la mayor adaptación

de estos pacientes. También sería importante conocer qué tipo de estrategias de afrontamiento son las que más están influyendo en el estado de ánimo del paciente y cómo se correlacionan estas con el perfil de personalidad y con los posibles trastornos emocionales.

Algunos estudios relacionan estrategias de afrontamiento con calidad de vida en pacientes con EII, encontrándose que el uso de estrategias fatalistas y basadas en la emoción se relaciona con una peor percepción de la salud y el bienestar (Smolen & Topp, 1998). Hay datos que apoyan que determinadas estrategias de afrontamiento del estrés pueden llegar a influir en el estatus de salud mediante el desencadenamiento de emociones negativas. En esta línea, Crane y Martin (Crane & Martin, 2004) evaluaron las estrategias de personas con EII, encontrando que el afrontamiento pasivo-emocional se asociaba en estos pacientes con altos niveles de ansiedad y depresión, pudiendo ser este un mecanismo a través del cual el comportamiento podría influir en la calidad de vida y la psicopatología de las EII. Estos autores llegan a la conclusión de que, en general, los métodos de afrontamiento enfocados en la emoción podrían ser importantes predictores de las percepciones de salud, el funcionamiento y el bienestar en los pacientes con EII.

En otra línea, los resultados del estudio de Freitas et al. (Freitas, Hyphantis, et al., 2015) respecto a la religión como estrategia de afrontamiento en pacientes con EII, revelan que los aspectos religiosos positivos se asocian con un menor nivel de angustia psicológica y con una mayor satisfacción con la salud así como en la calidad de vida percibida por el paciente. Todo ello, a su vez, correlacionaba positivamente con una mayor adhesión al tratamiento.

El estudio de Díaz-Sibaja y cols. (Díaz-Sibaja et al., 2008) concluye que

los enfermos de EII que utilizan estrategias de afrontamiento positivas y los que tienen una ocupación puntúan más bajo en depresión.

De todos estos estudios se extrae la necesidad de enseñar, potenciar o dotar a estos pacientes, a través de intervención terapéutica, de aquellas estrategias de afrontamiento que les permitan adaptarse de forma activa a su enfermedad y a conseguir una mejoría en su calidad de vida.

1.4 Personalidad y EII

La personalidad puede modular e influir en las estrategias de afrontamiento, en los estados emocionales negativos, en la percepción de los sucesos estresantes y en el apoyo social. Por consiguiente la personalidad tiene una significativa participación en los procesos de salud-enfermedad (Tobón et al., 2007). Varios autores han defendido el papel de la personalidad como una variable relacionada con el modo en que los sujetos afrontan las situaciones estresantes (Kobasa, 1979; Ramirez-Maestre, Lopez Martinez, & Zarazaga, 2004). Siendo la enfermedad crónica un acontecimiento en sí mismo estresante, la personalidad jugaría, por tanto, un papel importante en cómo los sujetos aceptan y se adaptan a la enfermedad. Teniendo esto en cuenta, el perfil de personalidad podría, en algunos casos, predecir cómo sería el ajuste del sujeto a la enfermedad, cómo la afrontaría, cómo sería su evolución y adaptación y, por tanto, con toda esta información se podrían realizar programas de intervención psicológica adaptados a la problemática concreta para paliar las posibles consecuencias de un determinado perfil. En el ámbito de la enfermedad crónica se ha estudiado el papel de algunas dimensiones de personalidad como Neuroticismo, Extraversión y Optimismo disposicional,

concluyendo algunos estudios que efectivamente existe una relación importante entre la dimensión neuroticismo y un ajuste pobre a la enfermedad crónica (BenDebba, Torgerson, & Long, 1997; Ramirez-Maestre et al., 2004).

Tradicionalmente, el estudio de la personalidad relacionada con los procesos de salud enfermedad, se ha venido realizando con instrumentos clásicos y complejos en su recogida de datos e interpretación, como por ejemplo el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Zambrano-Guerrero, Caicedo-Padilla, & Matabanchoy-Tulcán, 2015). En los últimos tiempos, cada vez es más frecuente la utilización de otros cuestionarios más sencillos en su utilización, y cuyos resultados se ajustan a los diagnósticos de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y que tienen como fundamento una teoría de la personalidad muy desarrollada, como sería el caso del Cuestionario de personalidad MCMI-III de Millon (Millon & Davis, 1997; Millon & Grossman, 2007). Este cuestionario se ha utilizado en estudios de trasplantes, de obesidad mórbida y de pacientes con enfermedades cardiovasculares entre otros, relacionando estas patologías con estilos específicos de personalidad (Martinez, Gonzalez, Vicente, van-der Hofstadt, & Rodriguez-Marin, 2013; van-der Hofstadt, Rodriguez-Marin, Martinez-Zaragoza, & de Santiago-Guervos, 2013).

Según Millon (Millon & Grossman, 2007), algunos perfiles de personalidad son más adaptativos que otros y pacientes con un estilo más saludable de personalidad tienen una mejor respuesta al tratamiento que otros pacientes con posibles trastornos de personalidad. Según esta teoría, los perfiles se distribuyen a lo largo de un continuo, cuyos extremos serían “normalidad” y “patología”. Millon considera que la personalidad normal es el

estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que pone en juego un individuo en su entorno particular. Por otro lado, el modelo de personalidad propuesto por Millon presenta los trastornos de personalidad como resultado de un ajuste pobre.

Los perfiles clínicos de personalidad derivados de su teoría son: Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Sádico, Compulsivo, Negativista y Pasivo-Agresivo (Millon & Grossman, 2007). En la literatura, el MCMI ha sido utilizado para evaluar los trastornos de personalidad y su influencia en el éxito o fracaso del tratamiento (Elliott, Jackson, Layfield, & Kendall, 1996).

Un tema controvertido ha sido si existe un perfil de personalidad característico en enfermos de EII. Hay pocos estudios que relacionen la personalidad con la EII. En algunos de estos estudios se ha observado un alto grado de neuroticismo, introversión, dependencia, perfeccionismo y rasgos obsesivo-compulsivos en estos pacientes (Helzer, Stillings, Chammas, Norland, & Alpers, 1982; Moreno-Jimenez, Lopez Blanco, Rodriguez-Munoz, & Garrosa Hernandez, 2007; Robertson, Ray, Diamond, & Edwards, 1989). Otros estudios señalan la alexitimia y el neuroticismo como los dos rasgos más comúnmente asociados a la EII (Moreno-Jimenez et al., 2007; Robertson et al., 1989). Finalmente, otros autores (Gili & Bauza, 2009) señalan que los trastornos de personalidad que más prevalecen en la EII son el trastorno de personalidad por evitación, que se caracteriza por un patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa y el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, definido por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, a

expensas de la flexibilidad y la eficiencia. Sin embargo, cabe señalar que aunque las primeras investigaciones se mostraron muy optimistas en este ámbito, por el momento no existen estudios que confirmen de forma clara, la existencia de un patrón específico de personalidad en pacientes con EII.

El Inspire Study (Boye et al., 2008) plantea también la cuestión de en qué medida estos y otros rasgos importantes podrían estar asociados a esta enfermedad, de tal manera que afecten a la misma, si efectivamente existen rasgos de personalidad relacionados con la EII. Así, si la fortaleza y las habilidades de afrontamiento de los pacientes en situaciones estresantes están influidos por su personalidad, estos rasgos podrían desempeñar un papel importante en cómo los pacientes con EII perciben los sucesos estresantes y cómo los afrontan, afectando, por tanto, a su calidad de vida. En este estudio los rasgos de personalidad de pacientes con EC y CU se relacionan con la calidad de vida asociada a la enfermedad, medida con el IBDQ. La personalidad estuvo particularmente relacionada con las subescalas emocional y social del IBDQ, lo que está en línea con otros estudios de calidad de vida en diferentes trastornos crónicos (Boye et al., 2008). Además, la subescala de función emocional del IBDQ se relacionó con el neuroticismo. En este estudio se muestra que el neuroticismo ha sido relacionado en parte con factores genéticos, pero puede estar también influenciado por factores somáticos. Además, se asocia con una afectividad negativa y hace a las personas más vulnerables, de manera que reaccionan con síntomas depresivos ante factores vitales estresantes. Esto puede explicar la asociación entre neuroticismo y calidad de vida en pacientes con EII (Jacobs et al., 2006; Watson & Clark, 1992). En este estudio se pone de relieve la necesidad de tener en cuenta los

rasgos de personalidad para evaluar la calidad de vida o utilizar para ello el cuestionario específico de estos pacientes como medida de resultado.

Sin duda, el estudio de las relaciones entre los perfiles de personalidad y la respuesta ante la enfermedad crónica, debe ser fruto de nuevos análisis y debe asimismo ser tenido en cuenta a la hora de desarrollar instrumentos que midan la calidad de vida en pacientes crónicos, es, por tanto, necesario seguir investigando sobre la relación entre trastornos de personalidad y EII.

1.5 Adhesión al tratamiento en EII

No existe un consenso universal respecto al término más apropiado para designar el concepto de la toma de medicación o no por parte del paciente tras su prescripción. Se alude habitualmente al cumplimiento o adhesión como “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico u otro profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional sanitario y la realización por parte del paciente, realizadas éstas tras una decisión completamente razonada por este último” (Bernardini, 2004). O, según la versión más clásica, la adhesión se define como “la medida en que la conducta de una persona (en términos de toma de medicación, seguimiento de dietas, o de realización de cambios de estilo de vida) coincide con el consejo médico o sanitario” (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979).

Existen escasos estudios que analicen el cumplimiento terapéutico en las enfermedades crónicas más frecuentes, estando centrados la mayoría de ellos en el tratamiento de la hipertensión arterial (Pineiro et al., 1998), de las dislipemias y de la diabetes (García-Reyes Ramos et al., 2002). En cualquier caso, en todos ellos es llamativa la elevada prevalencia de incumplimiento terapéutico que se observa en muchas enfermedades crónicas.

La adhesión al tratamiento es un aspecto clave en la determinación de la eficacia de un tratamiento farmacológico (Kane, Huo, Aikens, & Hanauer, 2003; Sewitch et al., 2003). La adhesión no implica la obediencia ciega, no informada, a la prescripción médica sino, por el contrario, implica que tanto el paciente como el especialista trabajen juntos en busca de un objetivo común, para lo que la opinión del paciente debe ser tomada siempre en cuenta. El concepto de adhesión implica la participación activa e informada del paciente en cualquier decisión relacionada con el tratamiento.

Una buena adhesión tiene una influencia positiva en los resultados del tratamiento prescrito (Bermejo et al., 2010). No sólo implica que el paciente tome la dosis prescrita a la hora correcta, sino que implica también otros aspectos como la dieta, estilos de vida, abuso de sustancias, etc. Es en estos aspectos donde el tratamiento psicológico puede ayudar a reforzar la adhesión. En algunas enfermedades crónicas como hipertensión, hipercolesterolemia o hepatitis C, una adecuada adhesión es clave para que el tratamiento tenga éxito, lo cual hace deseable la inclusión de algún tipo de control en el seguimiento de los pacientes (Levy & Feld, 1999; Schroeder, Fahey, & Ebrahim, 2004).

El incumplimiento farmacológico incrementa el gasto en medicamentos (Lee, Balu, Cobden, Joshi, & Pashos, 2006; Urquhart, 1999). Se sabe que puede condicionar hasta un tercio de los ingresos hospitalarios, incrementa el gasto en pruebas complementarias y visita médica, dispara el gasto en fármacos por aumento de las dosis, asociación de otros fármacos y/o cambios en la medicación y es responsable de un mayor absentismo laboral (Urquhart, 1999). Se estima que el incumplimiento afecta alrededor del 50% de los pacientes con tratamientos crónicos.

Según la OMS (Organization, 2004), la adhesión terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de varias dimensiones, en las que, los factores relacionados con el paciente serían solo un determinante (**figura 6**). Las principales características relacionadas con la falta de adhesión terapéutica se pueden ver desarrolladas en la **figura 7**.

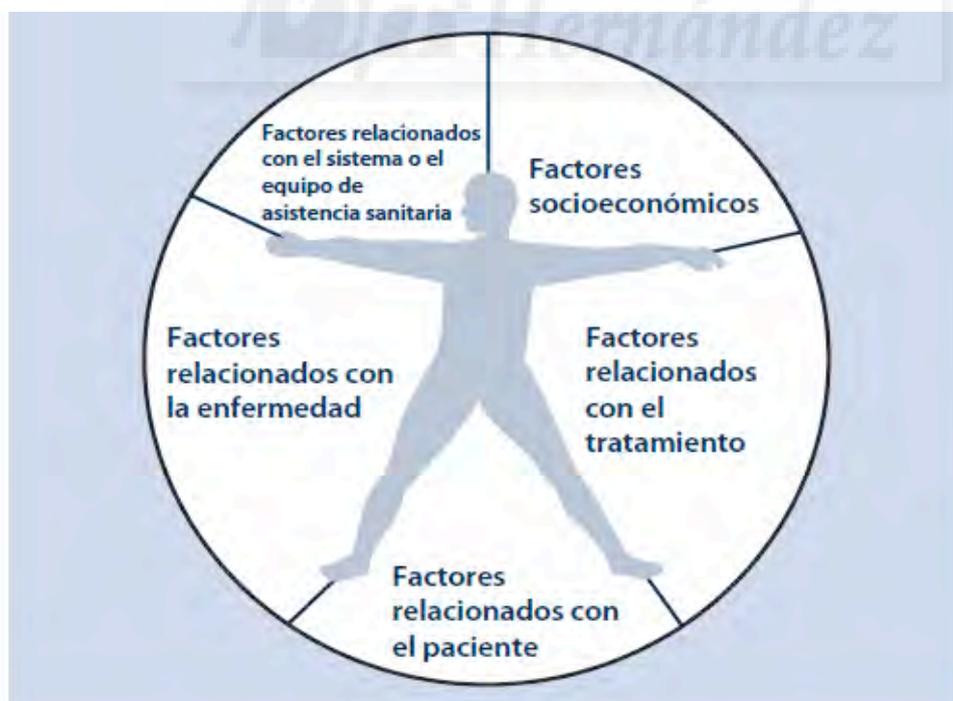


Figura 6. Dimensiones relacionadas con la adhesión terapéutica (OMS, 2004).

Características del paciente	
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o el tratamiento • Escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/o de la terapia • Desconfianza en la eficacia del tratamiento • Escasa motivación para recuperar la salud • Enfermedad percibida como poco grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de las consecuencias. • Edades extremas: niños y ancianos. • Nivel educacional bajo. • Status económico bajo. • Inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca
Características del Régimen terapéutico	
<ul style="list-style-type: none"> • Politerapia • Pautas posológicas complejas y/o incómodas • Incomprensión del régimen terapéutico • Aparición de efectos secundarios • Características organolépticas desagradables 	<ul style="list-style-type: none"> • Formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo • Coste de la medicación • Administración oral frente a la parenteral • Tratamientos preventivos /profilácticos • Tratamientos crónicos y/o recurrentes
Características de la enfermedad	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad "silente" o poco sintomática • Patología crónica, recurrente y/o recidivante 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones • Coexistencia de otra patologías asociadas
Características del entorno familiar y social	
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de problemas de comunicación interfamiliares o sociales • Alto grado de conflicto entre las normas familiares/sociales y la conducta a seguir • Asistencia de los niños a consultas sin un adulto responsable 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa supervisión de la toma de la medicación • No haber ningún antecedente de la enfermedad dentro de la familia o amistades • Soledad (vivir solo)
Características de la estructura sanitaria	
<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia asistencial • Cambios de médico • Dificultad de acceso a los centros sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Coste de la asistencia • Tratamientos ambulatorios frente a los hospitalarios
Características del profesional sanitario: médico, enfermero y farmacéutico	
<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario • Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información: falta de empatía, desmotivación, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de instrucciones escritas. • Lenguaje demasiado técnico. • Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico

Figura 7. Factores que influyen en la adhesión terapéutica (Conthe & Márquez-Contreras, 2012).

Algunos de estos factores son modificables como la relación profesional sanitario y paciente, las creencias del paciente sobre la enfermedad y su posible falta de comprensión y la falta de información adecuada, entre otros. Estos factores, sobre todo aquellos concernientes a características del paciente y de su entorno familiar, pueden ser tratables dentro del contexto de la intervención psicológica. Además, también se ha observado una clara

asociación entre la depresión y el incumplimiento del tratamiento, lo cual es también abordable dentro del tratamiento psicológico.

Existen estudios que indican que la EII es una condición clínica con un alto riesgo de no adhesión terapéutica (Robinson, 2008). Algunos de los factores que determinan este riesgo son su naturaleza crónica, la frecuencia con que esta afecta a pacientes jóvenes, la necesidad de prolongar la medicación y el hecho de que su curso clínico incluye periodos de brotes de enfermedad y de remisión (Sewitch et al., 2003). La falta de adhesión intencional a la terapia es prevalente entre los pacientes con EII (Lopez San Roman, Bermejo, Carrera, Perez-Abad, & Boixeda, 2005). Una corrección de los factores asociados a la mala adhesión podrían conducir a un mayor éxito terapéutico.

Un estudio de Bermejo y colaboradores (Bermejo et al., 2010), concluye que en la EII se dan dos predictores principales para la no adhesión: uno de ellos es la prescripción de tres o más dosis diarias de medicación y el otro sería la insuficiente información al paciente. Si ello se confirmara, ambos factores podrían ser modificados y disminuir con ello en alguna medida la falta de adhesión. Por un lado existiría la posibilidad de administración del medicamento en menores dosis diarias y, por otro lado, dotar al paciente de una mayor información.

1.6 Calidad de vida en EII

1.6.1 Conceptos generales

La calidad de vida es un concepto amplio y de difícil definición. Hornquist (Hornquist, 1990) definió la calidad de vida como “la percepción global de satisfacción en un determinado número de áreas o dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo”. La Organización Mundial de la Salud establece que la satisfacción vital es el principal indicador del bienestar subjetivo en el contexto de los objetivos de salud para 2020. Aunque existan muchos factores que influyen en la calidad de vida, se ha comprobado que ante la pérdida de salud, la satisfacción vital suele experimentar un descenso en sus niveles (Frijters, Johnston, & Shields, 2011).

En los últimos 30 años, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha convertido en un índice científico del estado de salud subjetivo. La CVRS es una medida del estado de bienestar relacionado con la salud y actualmente es un componente obligatorio en la evaluación de las intervenciones y la gestión de las enfermedades médicas y quirúrgicas. Sirve para determinar la valoración absolutamente subjetiva, que realiza el propio paciente de su enfermedad y para medir los resultados de una intervención terapéutica. Actualmente en el diseño de los estudios clínicos se le dedica una especial atención a las medidas de CVRS (Alvarez-Ude et al., 2001).

La EC y la CU son enfermedades crónicas y recurrentes que ejercen importantes efectos sobre la calidad de vida. Por otra parte, los factores sociodemográficos influyen de manera importante sobre la CVRS de estos pacientes, como podemos ver en la figura 8 (Sainsbury & Heatley, 2005). La EII

afecta de forma permanente a la CVRS, los pacientes se enfrentan a importantes limitaciones y cargas impuestas por la propia enfermedad que deterioran considerablemente su calidad de vida percibida. Tanto la CU como la EC tienen un gran impacto en la CVRS. La naturaleza crónica de estas enfermedades, la terapia farmacológica, que en ocasiones tiene importantes efectos secundarios, a menudo la temprana edad de inicio, y el impacto en los aspectos sociales y sexuales de la vida cambian significativamente la percepción y la imagen corporal del paciente. Esta repercusión se agrava cuando la enfermedad está activa y mejora durante las fases de remisión, aunque sin llegar a alcanzar los niveles de CVRS de la población sana (Casellas, Lopez-Vivancos, Badia, Vilaseca, & Malagelada, 2000). Todo ello lo percibe el paciente como una pérdida cualitativa de su estatus anterior que, en ocasiones, lleva al aislamiento, la ansiedad y la depresión. Por todo ello, las modificaciones que aparecen en la CVRS en pacientes con EII han sido ampliamente estudiadas (Casellas et al., 2000; Mitchell et al., 1988; Sainsbury & Heatley, 2005; Yacavone, Locke, Provenzale, & Eisen, 2001). En la revisión bibliográfica de Sainsbury y Heatley (Sainsbury & Heatley, 2005), se desarrollan una serie de factores que afectan a la calidad de vida en pacientes con EII (**Figura 8**).

GÉNERO	Menor CVRS en mujeres que en hombres con EII. Este factor podría estar modulado a su vez por factores psicológicos, que juegan un papel más importante en las mujeres.
ESTATUS SOCIOECONÓMICO	Los estudios muestran una puntuación menor en CVRS en pacientes con bajo estatus socioeconómico.
ETNIA Y CULTURA	Mayor afectación de calidad de vida en pacientes de raza negra. Diferencias entre países.
EDAD	Mayor reducción en CVRS en pacientes de mayor edad.
EDUCACIÓN	Niveles de educación más bajos se han relacionado con mayores preocupaciones relacionadas con la enfermedad.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Se ha sugerido que trastornos de la personalidad tales como neurosis en la EC pueden ser mayores predictores de CVRS que las medidas objetivas de actividad de la enfermedad.
FACTORES PSICOLÓGICOS	La ansiedad y la depresión pueden exacerbar los síntomas en EII y esto a su vez influir negativamente en CVRS.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	<p>Las estrategias de afrontamiento efectivas ayudan a los pacientes a mejorar el ajuste a los posibles estresores y pueden mejorar a la vez los resultados clínicos. Por el contrario estrategias inadecuadas como la culpa o la evitación correlacionan negativamente con CVRS.</p>
IMAGEN DE SÍ MISMO Y SEXUALIDAD	<p>Los síntomas como aumento de la frecuencia, urgencia e incontinencia fecal tienen importantes implicaciones en las relaciones sexuales y en la autoimagen percibida.</p>
HÁBITO TABÁQUICO	<p>El efecto de la nicotina está bien documentado. Fumar es un factor de riesgo para el desarrollo de brotes, aunque mayor en EC que en CU.</p>
ACTITUDES DEL PACIENTE CON EII	<p>Los pacientes que se involucran en su tratamiento y comparten la decisión médica reportan mayor CVRS que aquellos que no lo hacen.</p>

Figura 8. Factores que afectan a la calidad de vida en EII (Sainsbury & Heatley, 2005).

Además de todos los factores expuestos anteriormente que pueden afectar a la CVRS en la EII, el factor que parece más importante en la repercusión de la EII sobre la CVRS es la actividad de la enfermedad, que modifica sustancialmente la percepción de la CVRS (Casellas et al., 2000). Aunque estudios previos sugieren que la actividad de la enfermedad, por sí

sola, no es un buen predictor de la CVRS, sin embargo, sí lo es cuando coincide combinada con un desorden emocional (Moser et al., 1995). Además, en estos estudios, el desorden emocional supone en sí mismo, un importante predictor del estado funcional, independientemente de la gravedad de la enfermedad.

Por otra parte, algunas de las complicaciones de la enfermedad, particularmente la cirugía o la necesidad de estoma, son preocupaciones prevalentes en esta enfermedad, sin influencia de la edad, sexo o cultura. Aunque el control de la actividad de la enfermedad es de gran importancia para el bienestar de los pacientes, sería necesaria también una aproximación holística y multidisciplinar en el manejo de la EII. Los autores anteriores (Sainsbury & Heatley, 2005) concluyen en su revisión que la morbilidad psicológica tiene un papel importante en la repercusión de la EII sobre la calidad de vida, lo que justificaría el empleo de la intervención psicológica para mejorar la calidad de vida en pacientes con EII.

1.6.2 Medición de la calidad de vida en EII

El uso de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud ha aumentado considerablemente en los últimos años, tanto en el contexto de los estudios experimentales como en los observacionales. Uno de los grandes avances para considerar los cuestionarios de calidad de vida como instrumento útil ha sido el reconocimiento de la perspectiva del paciente como un enfoque válido y relevante para la evaluación de los resultados de los tratamientos y las políticas sanitarias (Casellas, Lopez Vivancos, & Malagelada, 2003).

Los instrumentos de medición de la calidad de vida pueden ser utilizados para tres fines distintos: discriminantes, evaluativos o predictivos (Hornquist, 1990). La finalidad discriminante está en relación con la capacidad de detectar diferencias en la calidad de vida entre individuos o grupos conocidos. La capacidad evaluativa se refiere a la capacidad del instrumento de detectar cambios longitudinales en la calidad de vida en el tiempo. La propiedad predictiva tiene que ver con la capacidad de un instrumento de vaticinar un evento futuro. En la medición de la calidad de vida es importante tener en cuenta todas las esferas de la enfermedad y por eso, en la mayoría de escalas, se establece una relación entre la función física, psíquica y social.



Figura 9. Funciones que afectan a la calidad de vida.

Existen numerosos instrumentos genéricos de medida de la CVRS que pueden aplicarse tanto a la población general como a una gran cantidad de afecciones y permiten la comparación de las puntuaciones entre las diferentes patologías y determinar los efectos del tratamiento en diversos aspectos de la CVRS. Los más utilizados son el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, el Perfil de la Salud de Nottingham, el SF-36 o el EuroQol-5D (Bergner, Bobbitt, Pollard, Martin, & Gilson, 1976). Sin embargo, al no incluir aspectos específicos para la evaluación de una determinada afección, pueden ser poco sensibles a los cambios.

Los instrumentos que valoran la repercusión de la enfermedad sobre la calidad de vida han tenido más importancia en la EII que en otras enfermedades digestivas (Yacavone et al., 2001), debido posiblemente a la heterogeneidad de la enfermedad, a su diversidad clínica y al hecho de que, como en otras enfermedades crónicas, la evaluación de la actividad de la enfermedad es insuficiente para valorar la calidad de vida (Koot & Bouman, 1999).

De entre los cuestionarios para evaluar la CV en EII, el Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) es el cuestionario más ampliamente utilizado y validado (Guyatt et al., 1989). También se trata del cuestionario específico más frecuentemente utilizado en investigación general de la EII (Alrubaiy, Rikaby, Dodds, Hutchings, & Williams, 2015; Borgaonkar & Irvine, 2000).

El IBDQ fue desarrollado y validado por Guyatt y colaboradores, en 1989 (Guyatt et al., 1989). La primera versión del IBDQ, fue adaptada para su utilización en ensayos clínicos. Es un cuestionario específico para calidad de vida, autoadministrado y formado por 32 ítems distribuidos en 4 dimensiones: síntomas intestinales, síntomas sistémicos, función emocional y función social. El IBDQ es uno de los cuestionarios que se utiliza con más frecuencia y ha sido validado y traducido a múltiples lenguas entre ellas al castellano (Masachs, Casellas, & Malagelada, 2007). Ha mostrado buena sensibilidad al cambio de tal manera que la presencia o no de actividad de la enfermedad se relaciona con la afectación de la calidad de vida. Ha sido utilizado en múltiples estudios no sólo para determinar la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida y las dimensiones más frecuentemente afectadas, sino también en la valoración de la calidad de vida de los pacientes según el tratamiento utilizado y la repercusión de la cirugía (Alrubaiy et al., 2015).

1.7 Intervención Psicológica y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Existen cada vez más datos que apoyan que el estrés psicológico, en ocasiones asociado a trastornos emocionales, puede afectar de forma adversa en el curso de la EII (Goodhand, Wahed, & Rampton, 2009).

Tal y como se ha expuesto anteriormente (punto 1.5 factores psicológicos y EII), son muchos los autores que indican que, comparados con la población general, los pacientes afectados por EII presentan un elevado riesgo de sufrir trastornos emocionales, principalmente depresión y ansiedad (Fuller-Thomson & Sulman, 2006).

La relación entre EII y trastornos emocionales se ha estudiado en doble sentido. Algunas investigaciones señalan que las alteraciones emocionales varían y se agravan dependiendo del curso de la enfermedad, lo que podría sugerir que son secundarios a la EII (Persoons et al., 2005; Simren et al., 2002). Por otro lado, otros estudios indican que el padecimiento de la enfermedad afecta al incremento en la probabilidad de aparición de trastornos emocionales, y que estos, a su vez, afectan a la propia EII, haciendo en muchas ocasiones, que empeore la sintomatología (Kim et al., 2002; M. J. Schwarz, Chiang, Muller, & Ackenheil, 2001). Asimismo, se constata que los pacientes que se encuentran más deprimidos o ansiosos son los que más pronto y con mayor frecuencia recaen tras un periodo de remisión de síntomas (Mittermaier et al., 2004; Persoons et al., 2005). Díaz-Sibaja y colaboradores encontraron que los pacientes deprimidos tardaban una media de 97 días en experimentar una recaída, mientras que los no deprimidos llegaban a estar 362 días en remisión (Díaz Sibaja et al., 2007).

Aunque el estrés psicológico, la ansiedad o la depresión no son las causas de la EII, sí es cierto que su curso puede estar influenciado por estos (S. P. Schwarz & Blanchard, 1991). Por ejemplo, se ha demostrado que los pacientes con EII diagnosticados de alguna alteración psicológica experimentan exacerbaciones de la enfermedad a una tasa más alta que aquellos sin comorbilidad psicológica (Joachim, 1983). Dada la alta prevalencia de problemas emocionales, la evidencia del impacto adverso del estrés en la actividad de la EII, y la propia percepción de los pacientes, parece clara la importancia de la intervención psicológica en esta patología (Knowles, Monshat, & Castle, 2013).

Hasta la fecha, las intervenciones dirigidas a mejorar el malestar psicológico en EII se han centrado en la psicoeducación (PE) (Borgaonkar, Townson, Donnelly, & Irvine, 2002; Bregenzer et al., 2005), el manejo del estrés (EM), las técnicas de relajación o el entrenamiento autógeno (Smith et al., 2002), la Terapia Psicodinámica (PD) (Barlow, Cooke, Mulligan, Beck, & Newman, 2010), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (Diaz Sibaja et al., 2007; S. P. Schwarz & Blanchard, 1991) o la Hipnosis (Emami, Gholamrezaei, & Daneshgar, 2009).

Diversos estudios han evaluado el papel que la intervención psicológica puede tener sobre el curso de la EII. Sin embargo, los estudios realizados han sido dispares en cuanto a las técnicas y modelos psicológicos empleados en la intervención y, en ocasiones, sesgados por las limitaciones metodológicas, por lo que es difícil sacar conclusiones claras. En general, intervenciones basadas únicamente en el manejo del estrés han mostrado sólo un beneficio modesto en síntomas mentales o calidad de vida (Knowles et al., 2013). Las intervenciones basadas en TCC son las que mayor beneficio han proporcionado a pacientes con EII en términos de mejora de los síntomas de ansiedad y depresión así como también la calidad de vida de los pacientes, pero sólo un beneficio modesto en reducir los síntomas de la EII (Boye et al., 2011; Szigethy et al., 2014). En este sentido, Wietersheim y Kessler (von Wietersheim & Kessler, 2006) concluyeron que, mientras la intervención psicológica puede mejorar los síntomas psicológicos, no tiene ningún impacto en el curso de la enfermedad. Por su parte, la terapia psicodinámica o las intervenciones con hipnosis han mostrado también en algún estudio eficacia en la reducción de la ansiedad (Knowles et al., 2013). Estudios recientes con

terapia mindfulness han mostrado también eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con EII (Neilson et al., 2016).

En la **figura 10** presentamos una comparativa de diferentes estudios empleando diferentes programas de intervención psicológica y algunos de los principales resultados obtenidos.



PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BASADOS EN EL MANEJO DEL ESTRÉS (ME)					
AUTOR	TIPO DE INTERVENCIÓN	PARTICIPANTES Y TIPO DE ESTUDIO	SEGUIMIENTO POST-INTERVENCIÓN	ESCALAS UTILIZADAS	HALLAZGOS PRINCIPALES
(Joachim, 1983)	ME, HHSS, SP, EA. 6 sesiones de 3 h.	N=80 (40 tratamiento; 40 controles). Estudio de control randomizado (ECR) .	4, 8 y 12 meses	CDAI e índice de Estrés	Las puntuaciones en el CDAI e índice de estrés mejoraron en grupo tratamiento y no en controles
(Cabras, La Malfa, & Giovannini, 1985)	ME. Sesiones de 2h durante 6 meses.	N=28 (16 tratamiento; 12 controles). Estudio de control no randomizado (ECNR) .	4 y 12 meses	Hamilton, MMPI	Disminución de ansiedad en EII. Descenso de hipocondría e histeria tras la intervención
(Smith et al., 2002)	Psicoeducación, ME y afrontamiento. Sin límite de sesiones. Counseling por enfermeras	N= 178 (100 tratamiento con EII; 78 controles, 50 sin EII 28 controles con artritis psoriásica). ECNR	6 y 12 meses	CDAI, SF-36, HADS	Sin mejoras significativas en puntuaciones CDAI en ningún grupo. El SF36 mejoró significativamente a los 6 meses, pero no se mantuvo a los 12
(Larsson et al., 2003)	Psicoeducación y ME. Nutrición y dieta. 8 sesiones, 2h, 1 por semana. Impartidas por gastroenterólogos, cirujanos, psiquiatras, dietistas, enfermeras y trabajadores sociales	N= 49 ((17 tratamiento; 17 controles, pacientes ambulatorios con ansiedad alta y estatus de enfermedad no evaluado). Estudio cuasi-randomizado con control.	6 meses	IBDQ, HADS, SF 36	No se encontraron cambios significativos en las medidas de ansiedad en ninguno de los grupos ni tampoco al seguimiento a los 6 meses. Tampoco en ninguna de las dimensiones del IBDQ, ni en el genérico de CV. SF36
(García-Vega & Fernández-Rodríguez, 2004)	ME. SP y afrontamiento. 8 sesiones. 3 grupos: 1 grupo de tratamiento convencional, 1 autodirigido y 1 de control	N= 45 (15 tratamiento convencional, 15 autodirigido, 15 controles). Todos ellos sin actividad de enfermedad. ECR	6 y 12 meses	Síntomas diarios, síntomas digestivos y revisión del estado de la enfermedad	El grupo convencional de intervención experimentó una mejoría post en reducción del cansancio, diarrea, dolor abdominal y distensión. Los autodirigidos redujeron en cansancio y dolor. En el grupo control aumentó la distensión pero redujo el cansancio y la diarrea. En el grupo convencional se mantuvo la mejoría en los seguimientos. El grupo control no mantuvo la mejoría.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BASADOS EN EL MODELO PSICODINÁMICO (MPD)					
AUTOR	TIPO DE INTERVENCIÓN	PARTICIPANTES Y TIPO DE ESTUDIO	SEGUIMIENTO POST-INTERVENCIÓN	ESCALAS UTILIZADAS	HALLAZGOS PRINCIPALES
(O'Connor et al., 1964)	MPD. Psicoterapia Breve y Psicoanálisis de larga duración. T. Individual	N= 114 (57 intervención; 57 controles). ECNR . Género y grupo de control adaptado	Sin seguimiento	Información de bienestar reportada por paciente. Proctoscopia	El grupo intervención disminuyó la discapacidad y aumentó el bienestar psicológico. La psicoterapia de larga duración mostró mayores mejoras
(Kunsebeck, Freyberguer, & Kurz, 1987)	MPD. Terapia individual. 22 sesiones	N= 29 (15 intervención; 14 control, de medicina interna). ECNR	Sin seguimiento	VHAI, BKS, FP12, STAI	El grupo intervención mejoró en ansiedad y depresión. No se encontraron diferencias en la actividad e la enfermedad
(R. G. Maunder & Esplen, 2001)	MPD. Terapia Grupal Expresiva de Apoyo. 20 semanas, 1 sesión semanal	N=24 . Estudio sin grupo de control, no randomizado. ENCNR	Sin seguimiento	IBDQ, HADS y informe reportado por paciente sobre síntomas de EII.	Sin cambios significativos en síntomas, calidad de vida, ansiedad ni depresión
(Deter et al., 2007; Jantschek et al., 1998)	MPD. Terapia corta con entrenamiento autógeno. 26 sesiones de psicoterapia y 10 sesiones grupales o individuales en relajación autógena.	N=81 (52 intervención; 29 control). ECR . El 61,3% de los controles y el 62,3% de los intervenidos inactivos en cuanto a EII	3 meses	CDAI; BDI; STAI2, German Qol measure (MLDL)	Sin significación estadística entre grupos en duración, número o severidad de los brotes, tampoco en niveles de depresión, ansiedad ni calidad de vida. Tampoco en el seguimiento

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BASADOS EN EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)					
AUTOR	TIPO DE INTERVENCIÓN	PARTICIPANTES Y TIPO DE ESTUDIO	SEGUIMIENTO POST-INTERVENCIÓN	ESCALAS UTILIZADAS	HALLAZGOS PRINCIPALES
(Blanchard, 2001; S. P. Schwarz & Blanchard, 1991)	TCC. Psicoeducación; RMPJ; termal biofeedback, estrategias cognitivas de afrontamiento. 12 sesiones individuales de 1 hora conducidas por estudiantes PhD	N= 21 (11 intervención; 10 control). ECR . Estado de la enfermedad no reportado	3 meses	STAI; BDI; IBD-stress index; molestias percibidas	Tanto grupo control como intervención mostraron mejoras en síntomas gastrointestinales, ligeramente mayor en este último. Esta mejoría no se mantuvo a los 3 meses de seguimiento.

(Mussell, Bocker, Nagel, Olbrich, & Singer, 2003)	TCC. Psicoeducación. RMPJ, rol de las cogniciones en las emociones, estrategias adaptativas. 12 sesiones semanales de terapia grupal.	N= 28. ENCNR . Prospectivo. Estado de la enfermedad: en remisión o leve actividad de la enfermedad	3, 6 y 9 meses	CDAI/CAI; CES-D; SCL-90R	Las preocupaciones sobre la enfermedad disminuyeron significativamente desde el pre-tratamiento y en los seguimientos en pacientes con EC pero no en los de CU. Los síntomas depresivos disminuyeron significativamente en mujeres, manteniéndose en seguimiento.
(Diaz Sibaja et al., 2007)	TCC; Psicoeducación; SP; ME; HHSS; técnicas distractoras y reestructuración cognitiva. 10 sesiones grupales	N= 57 (33 intervención, 24 controles). ECR . Estado de la enfermedad: Inactivo	3, 6 y 12 meses en grupo de intervención	BDI; HADS; SCL-90	Reducción significativa en ansiedad y depresión comparada con grupo de control en la post-intervención. La mejoría se mantuvo en todos los seguimientos.
(Eisenbruch et al., 2005; Langhorst et al., 2007)	TCC.ME; Ejercicio; dieta mediterránea; estrategias de autocuidado; reestructuración cognitiva; reducción de estrés basada en mindfulness. Terapia individual 10 semanas.	N=60 (30 intervención, 30 controles) 53,8% de los controles y 60,5% de intervención con estado inactivo de la enfermedad. ECR	3 y 12 meses	IBDQ; SF-36; ; BSI; clinical activity; Cohen perceived stress; laboratory results	A los 3 meses de la intervención, el grupo tratamiento mostró una significativa mejoría en SF-36 en la función física y significativa reducción de la ansiedad medida con BSI. Sin efectos significativos en escalas de IBDQ ni en parámetros clínicos de la enfermedad, incluyendo actividad, hospitalización o consultas médicas. Sin diferencias significativas entre grupos a los 12 meses.
(Kaneko, 2009)	TCC. Psicoeducación; relajación; SP; manejo de pensamientos automáticos negativos. 6 sesiones de terapia	N= 4. ENCNR . Estado de la enfermedad. Remisión o baja actividad		SF-36, POMS, HADS	Mejoría en función física y psicológica del SF36, pero no significativa. En POMS se encontró mejoría significativa en las subescalas de tensión y confusión. En HAD las mejorías no fueron significativas
(Boye et al., 2011)	TCC. Psicoeducación; SP; EA; ME; Adaptación a la enfermedad. Terapia grupal, 3 sesiones de 3 horas y terapia individual flexible, a demanda del paciente.	N= 114 (57 intervención, 57 controles). ECR	3, 6, 12 y 18 meses	IBDQ; PSQ; Actividad de la enfermedad	La terapia mejoró la CV en el grupo de intervención durante todos los seguimientos, la mejoría fue mayor en pacientes con CU. No se observó mejoría en la actividad de la enfermedad ni en el curso (brote, actividad, remisión)

(Szigethy et al., 2014)	TCC versus Terapia de apoyo no directiva (TAND) 12 semanas, 1 sesión semanal	N=217 (9-17años); n= 69 TCC; n= 66 TAND (105 completaron Programa). ECR	Sin seguimiento	CDI; K-SADS PL; CDRS-R; PCDAI	Ambas terapias se asociaron con una reducción significativa de la depresión sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas. Sin embargo la TCC mostró una mejoría significativa en el índice de actividad y la inflamación sistémica frente a la TAND
(Mikocka-Walus et al., 2015)	TCC (eligiendo intervención cara a cara u online) versus cuidados estándar. 10 semanas, 1 sesión semanal	N= 174 (90 intervención, 84 controles). En remisión ECR	6 y 12 meses	CDAI; SCCAI; análisis de sangre; SF-36; HADS; STAI; BC; RSRRS; IBDSCCQ	No hubo diferencias en actividad de la enfermedad, ansiedad, depresión o afrontamiento. Sólo mejoría en calidad de vida a los 6 meses en pacientes con mayor necesidad de intervención: jóvenes, alta actividad de EII o pobre salud mental.
(Neilson et al., 2016)	TCC y Programa de reducción de estrés basado en mindfulness. 8 semanas, 1 sesión semanal	N=60 (33 intervención, 27 controles) ECNR	6 meses	HADS; FFMQ; WHO QoL-BREF	La incorporación de terapia mindfulness mejora la ansiedad y la calidad de vida, con mantenimiento de la mejoría a los 6 meses. No se evalúa el efecto sobre la actividad de la enfermedad.
(McCombie, Geary, Andrews, Mulder, & Mikocka-Walus, 2016)	TCC computarizada auto administrada. 12 semanas, 1 sesión semanal	N=199 (113 intervención, 86 controles) ECR	6 meses	IBDQ; PSS-10; SFQ; EPQ; HBI; BC; HADS; SCCAI	Mejoría en la mayoría de las variables evaluadas, pero no se mantuvo a los 6 meses. Dato a tener en cuenta, la adhesión a la terapia computarizada auto administrada

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BASADOS EN HIPNOSIS (TBH)					
AUTOR	TIPO DE INTERVENCIÓN	PARTICIPANTES Y TIPO DE ESTUDIO	SEGUIMIENTO POST-INTERVENCIÓN	ESCALAS UTILIZADAS	HALLAZGOS PRINCIPALES
(Miller & Whorwell, 2008)	TBH. 12 sesiones individuales	N= 15. ENCNR. Estado de la enfermedad: actividad severa o muy severa	Una media de 5,4 años	Gravedad de la enfermedad y calidad de vida medidas en 4 escalas; toma de esteroides, cirugía y asistencia percibida por el paciente	12 sujetos redujeron la severidad de la enfermedad, 4 entraron en remisión, 8 pasaron a actividad leve, 1 mantuvo la actividad. 2 requirieron cirugía. Al seguimiento 12 reportaron un aumento en cv, 9 dejaron de tomar corticoides, 3 disminuyeron la dosis y 1 siguió con la misma dosis.
(Keefer & Keshavarzian, 2007)	TBH. 7 semanas 40 minutos por sesión de terapia individual dirigida y práctica en casa semanal o quincenal de autohipnosis con grabación de voz del terapeuta	N= 36 (19 intervención, 17 controles). ECR	20 semanas de seguimiento	IBDQ; SF-12; autoeficacia; adherencia a la medicación; salud percibida y estrés percibido.	Sin cambios significativos en pre-post ni en el seguimiento en medidas de IBDQ total. En subescalas digestiva del IBDQ y en la dimensión física del SF12 se observó un aumento de puntuaciones significativo en grupo intervención. Ningún otro cambio significativo en ninguna medida ni en seguimiento

Figura 10. Comparativa de distintos estudios que utilizan intervención psicológica. Adaptada (Knowles, Monshet y Castle ,2013). ME, manejo del estrés; TCC, terapia cognitivo-conductual; HHSS, habilidades sociales; SP solución de problemas; EA, estrategias de afrontamiento; ECR, estudio controlado randomizado; ECNR, estudio controlado no randomizado; ENCNR, estudio no controlado no randomizado; MPD, modelo psicodinámico; RMPJ, relajación muscular progresiva de Jacobson; CDAI, índice de actividad de la enfermedad de Crohn; BDI, cuestionario de depresión de Beck; PSQ, cuestionario de estrés percibido; MMPI, inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota; IBDQ, cuestionario de calidad de vida para EII; SF-36 Short-form encuesta de calidad de vida; POMS, perfiles de estados de ánimo; HADS, escala hospitalaria de ansiedad y depresión; TAND, terapia de apoyo no directiva; CDI Inventario de depresión para niños; K-SADS PL, escala de desórdenes afectivos y esquizofrenia para niños, versión actual; CDRS-R, escala revisada de depresión para niños; PCDAI, índice de actividad de enfermedad de Crohn pediátrico; PSS-10, escala de estrés percibido; SFQ, cuestionario de la función social; EPQ, cuestionario de personalidad de Eysenck; HBI, índice de actividad de Bradshaw; BQ, cuestionario de afrontamiento; FFMQ, cuestionario de cinco facetas mindfulness; WHO QoL-BREF, cuestionario de calidad de vida; STAI escala de ansiedad estado-rasgo; RSRSS, escala de reajuste social revisada; IBDSCCQ, Etapas de cambio en el afrontamiento de la EII



En la **figura 10** hay algunos estudios destacables tanto por un mayor rigor científico en la metodología empleada (estudios aleatorizados, controlados y con un buen tamaño muestral), como por el modelo de intervención psicológico utilizado que ha mostrado mayor eficacia en algunos de ellos (Boye et al., 2011; Deter et al., 2007; Diaz Sibaja et al., 2007; McCombie et al., 2016; Neilson et al., 2016; Smith et al., 2002).

En la revisión de Knowles y colaboradores (Knowles et al., 2013) se indican una serie de requerimientos que toda intervención psicológica en EII debería cumplir para evitar sesgos metodológicos (**figura 11**).

Todos estos resultados indican la necesidad de establecer estudios mejor diseñados con grupo de control, con terapias multicomponente, que engloben aquellos tratamientos con efectividad demostrada, con un tamaño muestral apropiado y cumpliendo los requisitos de Knowles y colaboradores que muestren la eficacia real que la intervención psicológica puede tener dentro del manejo multidisciplinar de la EII.

Como Moscoso ha señalado: “El gran reto de la medicina, en este siglo, es seguir mejorando nuestro conocimiento acerca del impacto negativo del estrés crónico sobre los sistemas nervioso, endocrino, e inmune, con el propósito de implementar programas preventivos de intervención biopsicosocial” (S Moscoso, 2009).

Requerimientos metodológicos para una intervención psicológica en EI
Diseños controlados y aleatorizados
Análisis de potencia realizados antes de la intervención (tamaño muestral)
Contenido y detalles de la intervención claros y disponibles para que otros investigadores puedan replicar la investigación
Incluir medidas que evalúen el costo beneficio del programa
Modelo o modelos de intervención claramente identificados (TCC, PD..) así como el formato (grupal, individual, mixto) y duración
Evaluación independiente de la intervención para asegurar un protocolo/tratamiento consistente
Valoración ciega del programa por el paciente
Intervenciones psicológicas claramente identificadas e impartidas por profesionales apropiados y cualificados (psicólogos, psiquiatras)
Criterios de inclusión y exclusión claros
Identificar (si es posible) si los pacientes están o no actualmente en terapia psiquiátrica o psicológica, tomando medicación específica o dieta especial que pueda interferir en el programa
Incluir eficacia de la terapia a largo plazo mediante seguimientos en distintos momentos temporales (Ej. 3m, 6m, 12m)
Diferenciar entre estado activo y no activo de la enfermedad en CU y UC

Muestra de sujetos suficientemente amplia
Instrumentos de medida validados que puedan ser utilizados en otros estudios
En la medida de lo posible utilizar tanto cuestionarios como biomarcadores
Protocolo claro para la gestión de los datos reportados
Evaluación del compromiso del paciente con la terapia (asistencia a las sesiones, realización de trabajos para casa...). Evaluar diferencias entre los que finalizan el programa y los que no

Figura 11. Requerimientos que debe cumplir toda intervención psicológica (Knowles et al., 2013).

1.8 Justificación del estudio

La mayoría de los autores aceptan el postulado de interacción recíproca entre los factores biológicos y psicosociales propuesto por el modelo biopsicosocial, y coinciden en atribuir una etiología multicausal de la enfermedad inflamatoria intestinal, lo que ha motivado el interés por determinar qué factores psicológicos pudieran estar influyendo en el desarrollo, curso y tratamiento de estos trastornos digestivos.

En el abordaje multidisciplinar actual de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal no se encuentra incluida de forma habitual la intervención psicológica, pese a ser una enfermedad crónica que afecta a personas jóvenes que cuando son diagnosticadas suelen sufrir un impacto importante al suponer un cambio, en ocasiones, radical que afecta a todas sus áreas vitales: familiar, laboral y

social. Así, por ejemplo, entre los indicadores de calidad que se exige a las unidades de enfermedad inflamatoria intestinal, recientemente publicados en nuestro país (Indicadores de calidad para la certificación de unidades de atención integral a pacientes con EII, Geteccu 2017), no figura la necesidad de contar con asistencia psicológica para estos pacientes.

Con frecuencia, los pacientes suelen sufrir cambios de comportamiento, ansiedad y sentimientos de tristeza. Suelen aislarse y evitar salidas innecesarias debido a las molestias físicas que la enfermedad conlleva. Cuando están en brote, y esto puede suceder varias veces durante el curso de la enfermedad, los pacientes no pueden acudir a su trabajo ni hacer vida normal. Todo ello afecta seriamente su calidad de vida percibida y su bienestar general, pudiendo degenerar, en ocasiones en trastornos emocionales, sobre todo estrés, ansiedad y depresión. Por otro lado, varios estudios señalan al estrés como uno de los posibles factores que afectan a la exacerbación del brote inflamatorio. Teniendo en cuenta lo expuesto, ya existen algunos estándares de calidad que recomiendan incluir en el protocolo de tratamiento de la EII la intervención psicológica (IBD Standards, British Society of Gastroenterology, 2013).

Por otra parte, pese a que existen algunos estudios realizados para comprobar la posible eficacia de incluir en el tratamiento multidisciplinar la terapia psicológica, muchos de estos trabajos adolecen de sesgos metodológicos o aplican tan solo alguna de las técnicas psicológicas que tienen eficacia demostrada en algunas de las dimensiones que afectan a la EII, pero no en todas. Por ello nos planteamos la necesidad de elaborar nuevos estudios

que intenten abarcar de una forma integral todos los aspectos psicológicos que pueden resultar importantes a la hora del abordaje de esta enfermedad.





2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Analizar la eficacia de un programa de intervención psicológica multicomponente grupal para reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados de EII tratados en el Servicio de Digestivo del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) y comprobar la relación de estas variables psicológicas en la evolución de la enfermedad y la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivos específicos

1. Establecer, si existe, un perfil demográfico y/o psicopatológico que caracterice a una población de pacientes diagnosticados con EII.
2. Diseñar e implementar un programa de Tratamiento Psicológico Cognitivo Comportamental multicomponente grupal para reducir el estrés en los pacientes con EII.
3. Comprobar, mediante un ensayo clínico aleatorizado, si el tratamiento reduce los niveles de estrés, ansiedad y depresión de estos pacientes respecto a las medidas iniciales basales.
4. Evaluar la diferencia en los niveles de calidad de vida percibida por el paciente antes y después del tratamiento.
5. Establecer la posible relación entre variables psicológicas (estrés percibido, estrategias de afrontamiento, ansiedad y depresión) y biológicas (número de brotes y evolución de la enfermedad en base a índices de actividad)

6. Analizar si el tratamiento psicológico mejora la adhesión al tratamiento farmacológico en estos pacientes.





3. HIPÓTESIS

3. HIPÓTESIS

1- La intervención psicológica cognitivo-conductual, a través de un programa multicomponente grupal (tratamiento psicológico), mejora los niveles de estrés en pacientes con EII

2- El tratamiento psicológico mejora los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con EII.

3- El tratamiento psicológico mejora la calidad de vida en pacientes con EII.

4- El tratamiento psicológico tiene una influencia positiva sobre el curso clínico e la EII, en el sentido de que disminuye el número de brotes o el índice de actividad.

5- El tratamiento psicológico mejora la adhesión a la terapia farmacológica en estos pacientes.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño

Estudio experimental prospectivo aleatorizado (ensayo clínico) con grupo de control y grupo de intervención con medidas pre y post-tratamiento y seguimiento a los 6 y 12 meses, la fase de seguimiento será objeto de futuros estudios y no se incluye en la presente tesis doctoral.

Esquemáticamente este diseño puede representarse de la siguiente manera:

Grupo de tratamiento:	O	X	O	O	O	
Grupo de control:	O	-	O	O	O	
	Pre		Post	(6m	12m)	no incluido en estudio

donde las O representan las observaciones, momentos en que se realizará el seguimiento que se harán coincidir con el control médico habitual y X representa el tratamiento.

4.2 Sujetos de estudio

La muestra está formada por pacientes diagnosticados de EII procedentes de la consulta externa de la Unidad de Gastroenterología del HGUA. La captación de pacientes se hizo vía telefónica, haciéndola coincidir con la cita que tienen programada con los especialistas de EII. Una vez informados sobre el estudio, los que decidieron participar, firmaron un

consentimiento informado, tal y como exige el Comité Ético de Investigación Clínica del HGUA, organismo que previamente ha dado su aprobación al presente proyecto.

4.2.1 Criterios de inclusión

- 1- Ser mayor de edad.
- 2- Firmar un consentimiento informado y aceptar participar en todo el proceso de evaluación (inicial y seguimientos) y de tratamiento.
- 3- Saber leer y escribir adecuadamente y tener autonomía para rellenar cuestionarios de evaluación y materiales de tratamiento.
- 4- Cumplir con los criterios diagnósticos de EII.
- 5- Haber tenido actividad de la enfermedad en los últimos 18 meses.

4.2.2 Criterios de exclusión

- 1- Presentar patologías mentales graves, activas en el momento de la valoración, p. ej. psicosis y demencias.
- 2- Estar en tratamiento psicológico paralelamente a la intervención, por cualquier motivo.

4.3 Cálculo de la muestra

Asumiendo una reducción en el grupo de intervención del estrés medido con la escala EAE del 10% de la puntuación media basal y un coeficiente de

variación de 0.25 en el grupo intervención, con una potencia del 80%, utilizando un test de la t de student pareado y un nivel de significación de 0.05, será necesario incluir un total de 57 pacientes por grupo.

4.4 Variables de estudio

Variables sociodemográficas

- Edad y sexo
- Estado civil
- Nivel de estudios
- Profesión
- Situación laboral

Variables relacionadas con la enfermedad

- Diagnóstico: EC o CU
- Número de brotes
- Edad al diagnóstico
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico
- Hábito tabáquico
- Índices de actividad de la enfermedad
- Adhesión al tratamiento

Variables psicológicas

- Niveles de estrés:
 - Estrés percibido (PSS)
 - Estrés percibido por la enfermedad (EAE)
 - Acontecimientos vitales estresantes (SRRS)
- Estilos de afrontamiento (CAE)
- Ansiedad y depresión (HAD)
- Calidad de vida (IBDQ)
- Perfiles psicopatológicos o de personalidad (MCMI-III)

4.5 Instrumentos utilizados

1. **Escala de estrés percibido (PSS)** (S. Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Esta escala mide el grado en que las situaciones, en general, que evalúan la percepción de estrés del paciente. Cada pregunta tiene un patrón de respuesta politómica de 5 opciones: nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo y muy a menudo, a las que se dan puntuaciones de cero a cuatro. Se ha utilizado la versión española validada de (Remor, 2006). No hay puntos de corte, a mayor puntuación, mayor estrés percibido. La consistencia interna de la escala es de 0.87.
2. **Escala de apreciación del estrés relacionado con la enfermedad (EAE)** (Cantero, Marcos, & Jover, 2014). Esta escala nos da una medida de la afectación de estrés en el paciente provocado por su enfermedad.

El cuestionario presenta al inicio una breve instrucción donde se le pide al sujeto que señale en qué grado las frases descritas se pueden aplicar a su problema de enfermedad. Consta de 11 ítems. Los ítems presentan un formato de respuesta tipo Likert de seis categorías (1-6) A mayor puntuación, mayor estrés percibido. El índice de consistencia interna de la escala es de 0.77 y la varianza explicada de 61.42 por 100. Con la inclusión de esta escala se pretende discriminar la percepción de estrés provocado por la propia enfermedad, de los estresores generales habituales con el fin de intervenir en cada grupo de estresores de forma específica.

3. **Escala de acontecimientos vitales estresantes. (SRRS)** (Holmes & Rahe, 1967). La escala consiste en un número de sucesos o acontecimientos vitales (43 en total) que se consideran potencialmente estresantes y que pueden contribuir al desarrollo de una enfermedad. Se entiende como suceso vital, aquel hecho que es relevante en la vida de las personas y que éstas reconocen como importante para su cambio evolutivo. Comprende aquellas circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo (Suarez-Cuba, 2010). Los autores de esta escala se basan en que el fracaso del sujeto en la adaptación al estrés produciría cambios en la salud, aparición de enfermedades o empeoramiento de las ya existentes. Se ha utilizado la versión española validada con modificaciones e inclusiones relevantes a nuestro medio cultural (de Rivera, Revuelta, & Morera Fumero, 1983).

El sujeto tiene que marcar en la lista aquellos sucesos que le están ocurriendo o le han ocurrido durante el año actual. Estos sucesos tienen asignada una puntuación en función de su gravedad que va de 11 a 100, siendo 100 el acontecimiento considerado como más estresante para la persona, que en esta escala es la muerte del cónyuge y una puntuación de 11 correspondiente a una situación de problemas legales menores como multas o sanciones. Al final del cuestionario se le da al paciente la opción de enumerar algún suceso vital que bajo su percepción le esté produciendo estrés y no esté incluido entre los enumerados, debe también asignarle una puntuación. Para la corrección e interpretación de la misma se suman los valores asignados a los sucesos vitales marcados por el paciente, si el resultado es menor de 150 puntos, el nivel de estrés es el habitual de la vida cotidiana; si el resultado se sitúa entre los valores 150-300, el riesgo de desarrollar alguna enfermedad es del 50% y por último, si el resultado es superior a 300, el riesgo de que la salud resulte afectada es del 80%.

4. **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)** (Zigmond & Snaith, 1983). Es uno de los instrumentos que con mayor frecuencia se aplica para evaluar respuestas emocionales de ansiedad y depresión en enfermos físicos y en población general. Se utiliza para valorar el grado en que una enfermedad puede afectar al estado emocional del paciente, en términos de sintomatología de ansiedad y depresión. Se trata de un cuestionario autoaplicado de catorce ítems que a su vez se agrupan en dos

subescalas, cada una de ellas con 7 preguntas: la subescala de ansiedad (ítems impares), que se centra en sus manifestaciones psíquicas, como el nerviosismo, la preocupación la inquietud o la angustia; y la subescala de depresión (ítems pares), relacionada con la anhedonia, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, etc. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3). Los puntos de corte son: 0 - 7 rango de normalidad, 8 - 10 caso probable y ≥ 11 presencia de sintomatología de ansiedad y/o depresión. El índice de consistencia interna es de 0.77 para ansiedad y de 0.71 para depresión.

5. **Cuestionario IBDQ-32 de calidad de vida en pacientes de EII** (Guyatt et al., 1989). Utilizamos la versión en español validada de Masachs y colaboradores (Masachs et al., 2007). Es un cuestionario específico para enfermedad inflamatoria intestinal auto administrado de 32 preguntas relacionadas con la calidad de vida en estos pacientes. El IBDQ-32 es el más utilizado en el contexto hospitalario y científico para valorar pacientes con EII. Este cuestionario valora 4 aspectos de la vida del paciente: síntomas intestinales (10 ítems), función emocional (12 ítems), función social (5 ítems) y síntomas sistémicos (5 ítems). Cada uno de ellos mide un aspecto de la vida del paciente con EII. A mayor puntuación, mayor calidad de vida. Las respuestas a cada pregunta están divididas en 7 ítems, dónde el número 7 es el nivel más alto de percepción de calidad de vida (total 224 puntos) y el número 1 corresponde al nivel más bajo (total 32 puntos). Considerándose una

baja calidad de vida aquellas puntuaciones comprendidas entre 32 y 95 puntos, moderada a las puntuaciones comprendidas entre 96 y 159 y alta a las comprendidas entre 160 y 224 puntos.

6. **Índice de actividad de la enfermedad de Crohn (CAI).** Cooperative, Crohn' s disease (Best, Becketl, Singleton, & Kern, 1976). Nos da una medida de actividad de la enfermedad a partir de 18 variables predictoras, numéricamente simplificadas en 8 variables mediante una ecuación de regresión múltiple. Para calcular su valor la escala es multiplicada por el factor de corrección de cada variable y, posteriormente las 8 variables se suman. Una puntuación CAI < 150, indica remisión o no actividad; entre 151 y 219 indica brote leve; entre 220 y 450, brote moderado y por último, un valor de CAI > de 450 indicaría brote severo. Es el índice clínico más frecuentemente utilizado, constituyendo el "patrón oro" en esta patología (Sandborn et al., 2002).

7. **Índice de actividad en la colitis ulcerosa (Score de Mayo)** (D'Haens et al., 2007). Nos da la medida de actividad de la enfermedad a partir de 4 parámetros (2 de síntomas, 1 de hallazgos endoscópicos, y 1 de evaluación global del médico). En nuestro caso se ha utilizado el Score de Mayo sin endoscopia. Un índice entre 2 y 4 supondría actividad leve; entre 5 y 8 moderada y mayor de 8, brote o actividad grave. Tanto este índice como el CAI se terminan de completar con el informe del especialista.

8. **Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)** (Millon & Davis, 1997). Inventario para la evaluación de la personalidad, patologías y síndromes clínicos. El perfil del MCMI-III integra los rasgos de personalidad en 14 escalas (11 básicas de personalidad y 3 de patología grave) y los síndromes clínicos (7 moderadamente severos y 3 graves) de un paciente. Los perfiles basados en las 24 escalas clínicas pueden interpretarse para esclarecer la interacción entre los patrones caracterológicos de larga duración y los síntomas clínicos distintivos que se manifiestan en un momento determinado. Consta de 175 ítems, cuya contestación es verdadero o falso, si se está de acuerdo o no con la frase del enunciado. En las 14 escalas de personalidad, las puntuaciones de prevalencia mayores o iguales a 75 indican presencia de rasgo mientras que una prevalencia igual o superior a 85 indican presencia de trastorno. En las 11 escalas de síndromes clínicos, una prevalencia igual o mayor a 75 indica presencia de síndrome, mientras que una prevalencia mayor o igual a 85 indica prominencia del mismo.

9. **Test de adhesión a la medicación de Morisky-Green** (Morisky, Green, & Levine, 1986). Es un método para valorar el cumplimiento de la medicación validado y aplicado para diversas enfermedades crónicas. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica si/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento de su enfermedad y se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la

ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. El paciente es considerado cumplidor si “responde de forma correcta” a las 4 preguntas (siendo el patrón de respuesta correcto, No/Sí/No/No). Presenta una alta especificidad y alto valor predictivo positivo.

10. **Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)** (Sandín & Chorot, 2003). Medida de auto informe diseñada para evaluar 7 estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) auto focalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social y (7) religión como estrategia de afrontamiento de problemas. En esta conceptualización del afrontamiento se asume que el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas. Consta de 42 ítems, agrupados en los 7 estilos básicos de afrontamiento (6 por cada estilo enumerado) que se encuentran mezclados para evitar contaminación en las respuestas. El rango de las respuestas va de 1 a 5 (1 = nunca; 2 = pocas veces; 3 = a veces; 4 = frecuentemente y 5 = casi siempre). Tiene un coeficiente de fiabilidad de Cronbach de 0.79.

4.6 Procedimiento

El estudio consta de dos fases claramente diferenciadas: una primera fase de evaluación, donde se seleccionaron aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión, a los que se les hizo la valoración basal, mediante la entrevista personal y la batería de test, y una segunda fase de intervención, en

la que los pacientes asignados a grupo tratamiento se les aplicó el programa de intervención psicológica cognitivo conductual multicomponente grupal.

Todos los pacientes con EC o CU que cumplían los criterios médicos de inclusión y que tuvieran cita médica para el seguimiento de su EII fueron contactados por teléfono y se les ofreció participar en el proyecto (**figura 12**). En esta primera toma de contacto, los pacientes eran convocados, coincidiendo con la cita médica, ese mismo día para la realización de una primera valoración (línea base). Se les explicó en qué consistía el estudio y los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado y realizaron la entrevista inicial de valoración (línea base), cumplimentando todos los cuestionarios y test especificados en el estudio. A partir de aquí, a los pacientes valorados inicialmente, se les ofreció participar en el ensayo clínico aleatorizado en el que se comparaba la eficacia de la intervención frente a un grupo control. Los pacientes que aceptaron y previa comprobación de que cumplían resto de criterios, fueron asignados aleatoriamente a la condición experimental y a la condición control (**figura 12**). La aleatorización fue realizada mediante un generador online de números aleatorios (numero-aleatorio.com). A los pacientes asignados al grupo experimental se les aplicó el programa psicológico cognitivo-conductual multicomponente en formato grupal que consistió en 8 sesiones de periodicidad semanal y duración hora y media.

El programa, que se describe en **figura 13** estaba formado por las siguientes materias: psicoeducación sobre la CU y la EC, regulación emocional, relajación física mediante relajación muscular progresiva de Jacobson y mental mediante técnicas de mindfulness, identificación y cambio de cogniciones desadaptativas, técnicas de comunicación eficaz y habilidades sociales.

Durante todo el procedimiento se implicó al paciente, motivándolo y empoderándolo en el manejo más óptimo de su enfermedad, responsabilizándolo de su propio bienestar. Posteriormente se realizaron evaluaciones post-intervención con los mismos test empleados en la evaluación inicial a los sujetos del grupo intervención y del grupo control. Más adelante se realizarán nuevas evaluaciones de seguimiento a los 6 y 12 meses a ambos grupos. Estas evaluaciones de seguimiento no están incluidas en la presente tesis doctoral.

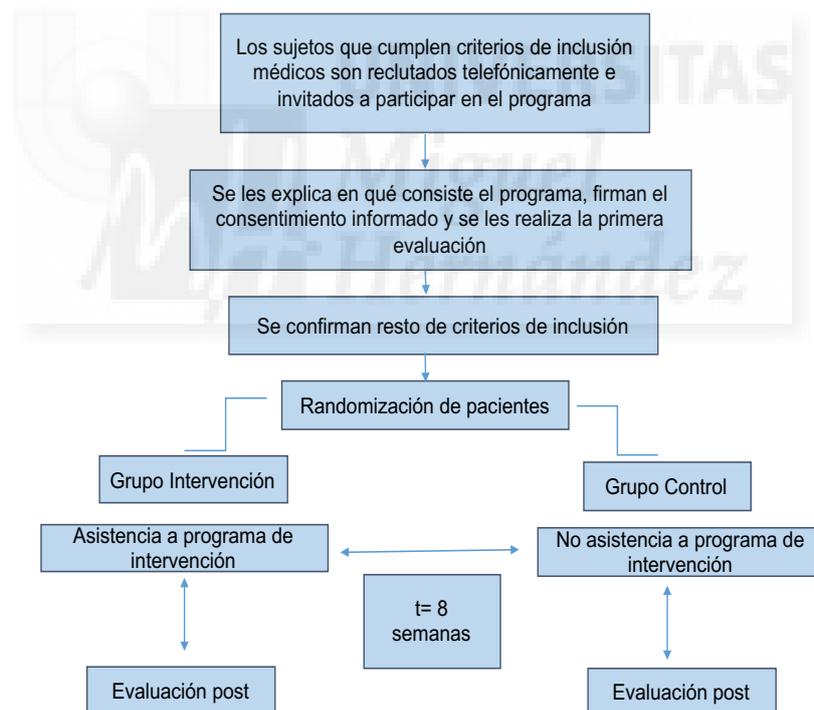


Figura 12. Diagrama de flujo de pacientes reclutados en el estudio

Descripción de las fases del Procedimiento

Primera fase: Evaluación

Todas las variables del estudio fueron recogidas y valoradas en un cuaderno de recogida de datos especialmente diseñado para ello y disponible en Anexo (CDR, Anexo 1), que consta de una entrevista estructurada incluyendo factores sociodemográficos (sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel académico, profesión y situación laboral), diagnóstico (Crohn o Colitis Ulcerosa), tabaquismo activo, tratamiento y adhesión al tratamiento. La actividad de la enfermedad se valoró mediante el empleo de índices de actividad de la enfermedad y también mediante la aparición de brotes de actividad de la enfermedad reportados por el paciente. Se consideró brote de actividad cualquier incremento en la actividad de la enfermedad percibido como tal por el paciente (cambios en la frecuencia de defecación, dolor, sangrado, etc.,) que le impide hacer sus actividades con normalidad, con o sin necesidad de ingreso en el hospital.

En segundo lugar se recogieron y midieron las variables psicológicas objeto de estudio: estrés (estrés general percibido, estrés percibido por la enfermedad, estrategias de afrontamiento y sucesos vitales estresantes), ansiedad, depresión y calidad de vida utilizando los instrumentos descritos con anterioridad.

Segunda fase: Intervención

Aplicación del programa cognitivo conductual multicomponente grupal de 8 sesiones a razón de una sesión semanal de hora y media de duración. Los grupos estaban formados por un total entre 6 y 10 personas, se realizaron un total de 8 grupos. El esquema del programa se ve en figura 13.

Todas las sesiones siguieron la estructura que se detalla a continuación:

- Revisión de tareas de sesión anterior
- Comprobación de evolución en ejercicios de relajación
- Tema principal de la sesión
- Nuevas tareas y dudas

El programa elaborado siguió las directrices del modelo cognitivo-conductual, ampliando los contenidos con técnicas de tercera generación, como el *mindfulness* y la regulación emocional según el modelo transdiagnóstico de Barlow (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard, & Barlow, 2010).

Si nos atenemos a los estudios revisados (figura 10), podemos comprobar que según el modelo de intervención psicológica y las técnicas aplicadas, se observaron mejorías en diferentes dimensiones específicas. En el presente programa se han querido aunar todas aquellas técnicas que mostraban su eficacia en determinadas áreas y utilizarlas conjuntamente para abarcar una intervención más global. De este modo, se han trabajado distintas dimensiones que ofrecían al paciente un beneficio y un bienestar más general,

intentando superar las limitaciones de anteriores estudios en el apartado de intervención psicológica. Siguiendo estas pautas, se elaboró una primera sesión de psicoeducación en la que al paciente se le explicaba todo aquello relacionado con su enfermedad que pudiera paliar su incertidumbre y sus dudas iniciales, que de no abordarse adecuadamente podrían generar miedo y ansiedad, ocasionando así, en algunos casos, una hipervigilancia sintomática, anticipaciones cognitivas erróneas y demanda de asistencia médica, en ocasiones innecesaria.

En la segunda sesión se aborda el modelo dimensional de dolor y cómo el estrés, ansiedad y depresión pueden afectar negativamente en nuestra percepción de enfermedad/salud. Asimismo se trata el concepto del estrés desde todas sus dimensiones, cognitiva, fisiológica, emocional y conductual. Se exponen los posibles estresores que afectan a las enfermedades crónicas y se les ayuda a los pacientes a identificar sus propios estresores, tanto sucesos vitales ("*life events*") como estrés cotidiano. Una vez identificados se valoran estrategias de afrontamiento adaptativas y se empiezan a utilizar las técnicas de relajación, tanto la relajación muscular como el *mindfulness*. Para facilitar la técnica de relación muscular progresiva se facilitó al paciente un CD (van-der Hofstadt, Quiles, & Quiles, 2008) o, en su defecto una app (aplicación) para móvil o tableta (van-der Hofstadt, 2013) con el mismo contenido con instrucciones para facilitar su práctica en casa.

En la tercera sesión se aborda el tema de la motivación, aquí se intenta implicar al paciente como agente activo para conseguir su propio bienestar y mejorar su calidad de vida. El paciente percibe que puede ser eficaz en el automanejo de su enfermedad y que esta actitud le ayuda a que el tratamiento

farmacológico sea también más efectivo (responsabilidad con la medicación, evitar miedos innecesarios y anticipaciones cognitivas en cuanto a posibles efectos secundarios, etc.).

En la cuarta sesión tratamos la regulación emocional, siguiendo el modelo de Barlow desde una perspectiva transdiagnóstica común para los diferentes desórdenes emocionales (Boisseau et al., 2010). En esta sesión empezamos a identificar emociones, pensamientos y conductas como factores interrelacionados y circulares. Al paciente se le instruye en cómo los pensamientos pueden producirle emociones negativas y estas a su vez, conductas desadaptativas o disfuncionales para con el manejo de su enfermedad en el día a día.

En la quinta sesión identificamos problemas que pueden estar afectando a nuestra salud, en ocasiones por generar ansiedad anticipatoria y trabajamos con la técnica de solución de problemas.

En sexta sesión se abordan los pensamientos irracionales y las cogniciones desadaptativas, la creación de hábitos y de conductas automáticas y se aportan técnicas para su manejo. Al paciente se le instruye en la identificación de sus propios pensamientos desadaptativos y cómo estos suelen aparecer sin control, de forma automática. Se trabaja el control mental a través de técnicas de *mindfulness*. Se instruye a los pacientes en la aceptación del momento presente y en la focalización siguiendo las directrices de este modelo. La técnica del *mindfulness* la utilizamos como instrumento para reducir la reactividad ante el estrés, los síntomas de ansiedad y depresión. A su vez

tratamos de incrementar, con su práctica, la capacidad para regular su estado de ánimo, favoreciendo el afecto positivo.

En séptima sesión se trata la asertividad y otras habilidades sociales. En esta sesión se instruye a los pacientes en técnicas de comunicación que mejoren su capacidad de relacionarse, aumentando así su capacidad de control y su autoestima, redundando todo ello en su bienestar general. Hay que tener en cuenta que todas las sesiones son acumulativas, es decir, todas las técnicas aprendidas se siguen practicando en sesiones posteriores.

La octava sesión sirve para repasar todas las técnicas aprendidas, y dar indicaciones sobre el beneficio que pueden obtener mediante la práctica continuada.

Tras la octava y última sesión se realiza la evaluación post-intervención, en la que se administran de nuevo todos los test de evaluación de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida. Asimismo, se determina de nuevo la actividad de la enfermedad, mediante el cálculo de los índices de actividad y también el número de brotes de actividad reportados por el paciente durante el periodo transcurrido entre la evaluación inicial y el final del proceso de intervención.

Por otro lado, en el mismo momento, se cita a los pacientes asignados al grupo control, para realizar la evaluación de seguimiento, de igual modo que a los pacientes del grupo de intervención.

Sesión 1	Psicoeducación. Explicación sobre la enfermedad, evolución, tratamiento y factores psicológicos que le afectan.
Sesión 2	Estrés y relajación. Concepto de estrés, estresores habituales en EII, afrontamiento y técnicas (RMPJ, <i>mindfulness</i> , respiración abdominal...).
Sesión 3	Motivación. Qué se necesita para el cambio. Dónde estamos ahora y dónde queremos estar. Balance decisonal. Técnicas (RMPJ, <i>mindfulness</i> ...).
Sesión 4	Emociones y su regulación. Situaciones estresantes, cogniciones y emociones, relación entre ellas. Componentes de la emoción. Técnicas de regulación emocional (Barlow).
Sesión 5	Solución de problemas. Diferenciamos entre problemas reales y cogniciones desadaptativas. Técnicas de solución.
Sesión 6	Manejo de pensamientos automáticos. Cogniciones, creencias y comportamiento. Hábitos y conductas automáticas. Técnicas cognitivas.
Sesión 7	Comunicación efectiva. Técnicas de comunicación asertiva.
Sesión 8	Revisión Programa y post-evaluación

Figura 13. Esquema programa de intervención

A los seis meses y doce meses del final de la intervención se administrarán de nuevo la batería de test y el cálculo de la actividad de la enfermedad, al grupo control y al grupo intervención para comprobar en ambos grupos si los posibles cambios producidos se mantienen en el tiempo. Como se ha mencionado anteriormente, esta parte no se encuentra incluida en la presente tesis doctoral.

4.7 Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, la Declaración de Helsinki (2008), las normas de Buena Práctica Clínica y la legislación vigente en esta materia. Todos los pacientes incluidos en el estudio leyeron la hoja de información al paciente y firmaron el consentimiento informado. Todos los datos de los pacientes se trataron de forma anónima mediante la asignación de un doble código tanto a la muestra como al archivo de datos y solo personal debidamente autorizado tuvo acceso a los datos personales identificables. Siempre se mantuvieron los niveles más altos de conducta profesional y confidencialidad, cumpliendo con el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes participantes en el estudio, solo tuvieron acceso a los mismos el investigador responsable y su equipo de colaboradores, la persona encargada de realizar las tareas de monitorización, el auditor en caso de que el estudio se sometiese a una auditoria, el Comité Ético de investigación Clínica (CEIC) y las autoridades sanitarias.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de datos de carácter personal de los participantes en el estudio se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal y la Ley 41/2002, de autonomía del paciente. Los proyectos de este tipo de estudios deben someterse a revisión por un comité independiente. Por ello, el presente estudio fue sometido para su evaluación al CEIC del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), siendo aprobado por el mismo en fecha veintinueve de Enero de dos mil catorce (Ref. CEIC PI2013/37).

Este estudio se encuentra registrado en la base de datos clinicaltrials.gov con el número NCT0261401.

4.8. Análisis de datos

Las variables continuas fueron expresadas como media \pm desviación típica y las variables categóricas como frecuencia y porcentaje. El supuesto de normalidad se comprobó a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las diferencias entre las características basales de los grupos control e intervención fueron analizadas utilizando la prueba t de Student para medidas independientes, en caso de variables cuantitativas y la prueba chi cuadrado de McNemar para medir la asociación en variables cualitativas. Las diferencias entre los resultados basales y post-intervención fueron analizadas utilizando el test t de Student para muestras apareadas. Para comparaciones múltiples se ajustó el valor de significación, utilizando la corrección de Bonferroni.

Los contrastes de hipótesis se plantearon con un nivel de significación del 5% ($p = 0.05$) y se utilizó el paquete estadístico SPSS V22.0 (IBM Corp. Released, 2013). El tamaño del efecto se estimó para las variables cuantitativas con el estadístico d de Cohen (A. Cohen, 1988) se interpretó con los criterios de Cohen para todas las diferencias estadísticamente significativas (J. Cohen, 1992) y para las variables cualitativas se estimó con el coeficiente v de Cramer (Cramér, 1947).





5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

En este apartado se presentan en primer lugar los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de la muestra total reclutada en el inicio (203 pacientes). En un segundo apartado se exponen los resultados descriptivos de la muestra separada por diagnóstico, enfermedad de Crohn (EC=131 pacientes) y colitis ulcerosa (CU=72 pacientes). A continuación se describen los patrones de personalidad y síndromes clínicos predominantes del total de los sujetos. Posteriormente se presentan los resultados de los pacientes que finalmente participaron en el programa completo, que incluía un ensayo clínico aleatorizado (clinicaltrial.gov:NCT02614014) que comparaba la evolución de los sujetos tras un programa de intervención psicológica grupal multicomponente con un grupo control tratados de forma habitual. Por un lado, se presentan los resultados del total de participantes en el ensayo (120 pacientes) y por otro, los sujetos separados por diagnóstico (80 con EC y 40 con CU). Finalmente se comparan los resultados del grupo control y del grupo intervención después del tratamiento.

5.1. Descripción de la muestra inicial: características basales sociodemográficas, clínicas y psicológicas de la muestra total reclutada.

Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, clínicas y variables psicológicas de la muestra de estudio, que comprendía los 203 pacientes reclutados inicialmente para el estudio (tablas de la 1 a la 6; figura15, diagrama de flujo), incluyendo en las

sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel académico y situación laboral; en las clínicas, diagnóstico, edad al diagnóstico, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, tabaquismo activo, número de brotes previos, resección intestinal, actividad de la enfermedad y adhesión al tratamiento. Se añadió una tabla descriptiva de la medicación que estaban recibiendo en ese momento los pacientes. En cuanto a las variables psicológicas, se incluyeron las relacionadas con el estrés (estrés percibido por la enfermedad, estrés percibido general, sucesos vitales estresantes y el estilo de afrontamiento del estrés), la ansiedad, la depresión, y la calidad de vida. Los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, fueron reclutados de forma consecutiva.

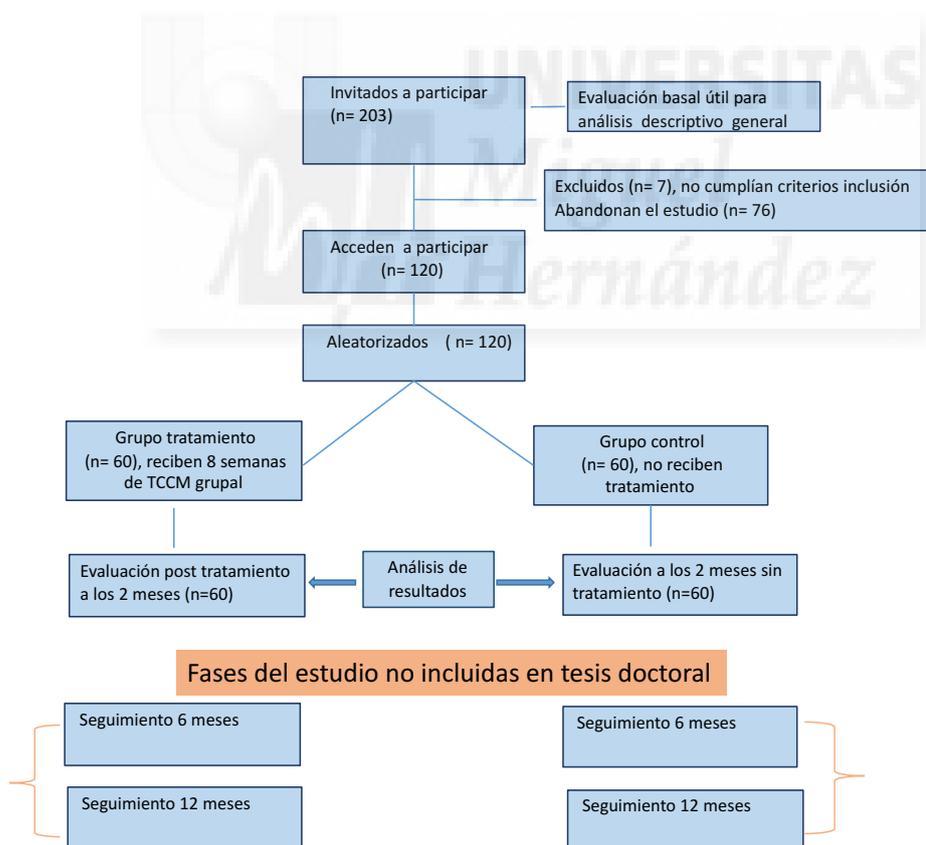


Figura 14. diagrama de flujo de pacientes a lo largo del estudio

En la **Tabla 1** se presenta la distribución de las principales variables sociodemográficas. Como se observa la población de estudio estuvo compuesta por un total de 203 pacientes con diagnóstico de EII, de los cuales 81 eran hombres (39.9%) y 122 eran mujeres (60.1%). La media de edad fue de 41.8 (DT= 11.9) y límites extremos 18-71 años.

La mayoría de ellos estaban casados, 127 (62.6%) o viviendo con su propia familia nuclear, 52 (25.6%) solteros, 3 (1.5%) viudos y 21 (10.3%) divorciados.

Con respecto al nivel académico, 6 (3.0%) no tenían estudios, 44 (21.7%) con estudios primarios, 83 (40.9%) con estudios secundarios y 70 (34.5%) con estudios superiores.

Desde el punto de vista laboral, el número de pacientes en activo fue de 94 (46.3%), en situación de desempleo 67 (32.8%), 30 (14.7%) jubilados y 12 (5.9%) amas de casa.

En la **tabla 2** se muestran los descriptivos de las variables relacionadas con la enfermedad. Del total de pacientes diagnosticados de EII, vemos que 131 (64.5%) tenían diagnóstico de EC y 72 (35.5%) tenían diagnóstico de CU. Un total de 47 (23.1%) pacientes presentaban resección intestinal, todos ellos con EC y resección ileocecal. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico fue de 10.5 años (DT= 8.8) y la edad media al diagnóstico de 31.2 (DT= 11.9). Se consideró enfermedad activa tener un CDAI \geq 150 en los pacientes con EC o un índice de Mayo de 5 puntos o más en pacientes con CU. Del total de sujetos diagnosticados de EC, 79 (60.3%) no presentaban actividad de la enfermedad en el momento de la primera valoración, en el caso

de los sujetos con CU, el número de pacientes que no presentaban actividad fue de 64 (88.8%). La puntuación media obtenida en el índice de actividad, fue para los enfermos de Crohn de 146.0 (DT=106.9) y para los enfermos de Colitis Ulcerosa de 1.9 (DT=2.0). Respecto al tabaquismo activo, 51 (24.1%) pacientes manifestaron que fumaban en el momento de la valoración. El número medio de brotes desde el diagnóstico fue de 22.3 (DT=39.0). En cuanto a la adhesión al tratamiento, 95 sujetos (46.8%) cumplían criterios de falta de adhesión o eran no cumplidores con el tratamiento.



Tabla 1

*Estudio descriptivo de las características sociodemográficas
de la muestra total*

Variabes sociodemográficas	Total muestra (n=203)
Edad (media±DT)	41.8±11.9
Sexo (n,%)	
Varones	81 (39.9%)
Mujeres	122 (60.1%)
Estado civil (n,%)	
Casado	127 (62.6%)
Solteros	52 (25.6%)
Viudo	3 (1.5%)
Divorciado	21 (10.3%)
Nivel académico (n,%)	
Sin estudios	6 (3.0%)
Primarios	44 (21.7%)
Secundarios	83 (40.9%)
Superiores	70 (34.5%)
Situación laboral (n,%)	
Activo	94 (46.3%)
Desempleado	67 (32.8%)
Jubilado	30 (14.7%)
Ama de casa	12 (5.9%)

Tabla 2*Estudio descriptivo de las variables clínicas de la muestra total*

Variables clínicas	Total muestra (n=203)
Diagnóstico (n,%)	
Crohn	131 (64.5%)
Colitis ulcerosa	72 (35.5%)
Resección intestinal (n,%)	47 (23.1%)
Edad al diagnóstico (media±DT)	31.2±11.9
Tiempo transcurrido desde diagnóstico (media±DT)	10.5±8.8
Tabaquismo activo (n,%)	51 (24.1%)
Nº de brotes (media±DT)	22.3±39.0
CDAI (n= 131) (media±DT)	146.0±106.9
Enfermedad inactiva (n,%)	79 (60.3%)
Enfermedad activa (n,%)	52 (39.6%)
ÍNDICE DE MAYO (n=72) (media±DT)	1.9±2.0
Enfermedad inactiva (n,%)	64 (88.8%)
Enfermedad activa (n,%)	8 (11.1%)
Adhesión al tratamiento (n,%)	
Adhesión	108 (53.2%)
Falta de adhesión	95 (46.8%)

Nota: CDAI: Crohn disease activity (índice de actividad de la enfermedad de Crohn); Índice de Mayo: índice de actividad de la Colitis Ulcerosa.

Respecto a la medicación (**tabla 3**), los pacientes de EII, tanto los diagnosticados de EC como de CU normalmente llevan a la vez más de un tratamiento médico, combinando corticoides, salicilatos, inmunomoduladores y fármacos biológicos. En el caso de la muestra completa reclutada inicialmente, 34 pacientes (16.7%) se estaban tratando con corticoides; 82 pacientes (40.4%) con salicilatos; 86 pacientes (42.3%) con inmunomoduladores; 58 (28.6%) llevaban tratamiento biológico y un paciente estaba sin tratamiento en el momento de la valoración.

Tabla 3

Estudio descriptivo de medicación de la muestra total

Tipo de tratamiento	Total muestra (n=203) n (%)
Corticoides	34 (16.7%)
Salicilatos	82 (40.4%)
Inmunomoduladores	86 (42.3%)
Biológicos	58 (28.6%)
Sin tratamiento	1 (0.5%)

En **tabla 4** podemos ver la distribución de variables psicológicas que se han medido básicamente en toda la muestra inicial. La media obtenida en el EAE fue de 45.5 (DT=8.8); desglosándose en las siguientes dimensiones: Importancia o amenaza, 23.8 (DT=6.6); Duración, 14.8 (DT=2.8) y Grado de

Control, 6.8 (DT=2.4). La media en la escala de estrés percibido (PSS) fue de 27.4 (DT=8.8).

En cuanto a la ansiedad y depresión, las puntuaciones medias fueron de 8.0 (DT=4.4) y 4.8 (DT=3.9) respectivamente. En el caso de ansiedad, la puntuación supera el punto de corte 7, que indica un nivel de ansiedad moderado. En cuanto a la depresión, la puntuación se encuentra dentro del rango de normalidad.

En la escala de acontecimientos vitales estresantes la puntuación media fue de 320 (DT=155.7), puntuación elevada si tenemos en cuenta que, según este test, una puntuación >300 supone una probabilidad del 80% de que la salud del sujeto se vea afectada.



Tabla 4*Estudio descriptivo de las variables psicológicas de la muestra total*

Variables psicológicas	Total muestra (n= 203)
	media±DT
EAE total	45.5±8.8
Importancia o amenaza	23.8±6.6
Duración	14.8±2.8
Grado de control	6.8±2.4
PSS	27.4±8.8
SRRS	320±155.7
HAD	
Ansiedad	8.0±4.4
Depresión	4.8±3.9

Nota: EAE: escala de apreciación del estrés relacionado con la enfermedad; PSS: escala de estrés percibido; SRRS: escala de acontecimientos vitales estresantes; HAD: escala hospitalaria de ansiedad y depresión

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados de EII de la muestra (**tabla 5**), los resultados muestran que utilizan preferentemente estrategias de afrontamiento basadas en la focalización en solución del problema 19.6 (DT=4.6), estrategias de re-evaluación positiva, 19.9 (DT=4.6) y estrategias de búsqueda de apoyo social, 17.0 (DT=5.7).

Tabla 5*Estrategias de afrontamiento del estrés de la muestra total*

Estilos de afrontamiento	Total muestra (n= 203)
	media±DT
Focalización en solución del problema	19.6±4.6
Auto-focalización negativa	14.4±3.6
Re-evaluación positiva	19.9±4.6
Evitación	15.0±3.9
Expresión emocional abierta	13.6±3.4
Búsqueda de apoyo social	17.0±5.7
Religión	9.4±4.6

Respecto a la calidad de vida (**tabla 6**), la puntuación media total fue de 163.3 (DT=36.5), en la muestra total de pacientes captados inicialmente; la calidad de vida de los pacientes en la dimensión digestiva obtuvo una puntuación media de 53.2 (DT=11.8); en la dimensión sistémica la puntuación media fue 22.5 (DT=6.4); en la dimensión social, la puntuación media fue de 27.7 (DT=7.5); por último la puntuación media en la dimensión emocional fue de 59.9 (DT=14.2).

Tabla 6*Calidad de vida de la muestra total*

Calidad de vida (IBDQ)	Total muestra n= 203 media±DT
IBDQ TOTAL	163.3±36.5
IBDQ digestivo	53.2±11.8
IBDQ sistémico	22.5±6.4
IBDQ social	27.7±7.5
IBDQ emocional	59.9±14.2

Nota: IBDQ: Cuestionario de calidad de vida específico de EII.

5.2 Características basales comparadas por diagnóstico.

En las **tablas 7, 8, 9, 10, 11 y 12** se describen las variables estudiadas diferenciando el diagnóstico de los sujetos en EC o CU. Los resultados muestran que en las valoraciones basales solo se encontraron diferencias significativas en dos de las variables clínicas: media de edad al diagnóstico y actividad de la enfermedad, con un mayor porcentaje de pacientes con EC con enfermedad activa (39.6%). En cambio no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables psicológicas medidas, excepto en la valoración de sucesos vitales estresantes medidos con la escala SRRS cuya puntuación media ha sido de 341.5 (DT=147.5) para EC y de 285.8 (DT=160.4) para CU. Se puede decir, por tanto, que los pacientes de EC y de CU forman una muestra homogénea en cuanto a las variables objeto de estudio y se les puede efectivamente aplicar a ambos el mismo tratamiento psicológico. En el

caso de los sucesos vitales estresantes, la información que nos dan los resultados es que los pacientes de EC han sufrido más sucesos vitales estresantes que los de CU, pero esta es una variable que no se puede modificar con el tratamiento pues los sucesos vitales forman parte de las circunstancias personales de cada sujeto.

En cuanto a los resultados de la medicación, vemos que la mayoría de los pacientes llevaba prescritos dos o tres tratamientos a la vez y tan solo un paciente no tenía prescrito ningún tratamiento en el momento de la valoración. En el caso de los enfermos con EC, un porcentaje elevado estaba tomando en el momento de la valoración inicial inmunomoduladores (52.7%); en el caso de los pacientes con CU el porcentaje más elevado fue el del tratamiento con salicilatos (81.9%).

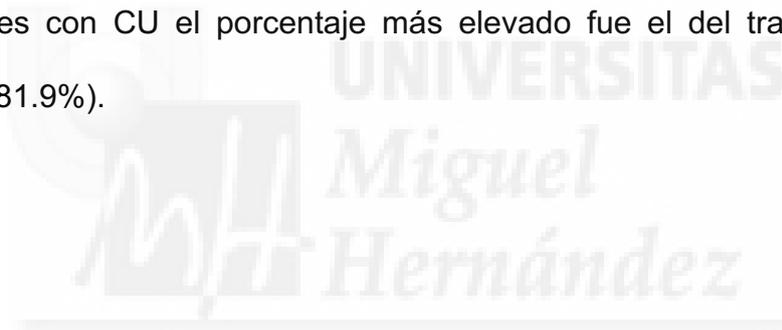


Tabla 7*Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas por diagnóstico*

Variables demográficas	Total EC (n=131)	Total CU (n=72)	p
Edad (media±DT)	40.2±11.8	44.6±11.8	.258 _a
Sexo (n,%)			.827 _b
Varones	53 (40.5%)	28 (38.9%)	
Mujeres	78 (59.5%)	44 (61.1%)	
Estado civil (n,%)			.119 _b
Casado	75 (57.3%)	52 (72.2%)	
Solteros	39 (29.8%)	13 (18.1%)	
Viudo	3 (2.3%)	-	
Divorciado	14 (10.7%)	7 (9.7%)	
Nivel académico (n,%)			.102 _b
Sin estudios	3 (2.3%)	3 (4.2%)	
Primarios	30 (22.9%)	14 (19.4%)	
Secundarios	60 (45.8%)	23 (31.9%)	
Superiores	38 (29.0%)	32 (44.4%)	
Situación laboral (n,%)			.065 _b
Activo	58 (44.3%)	36 (50.0%)	
Desempleado	48 (36.6%)	19 (26.4%)	
Jubilado	16 (12.2%)	14 (19.4%)	
Ama de casa	9 (6.9%)	3 (4.2%)	

Nota: a: parámetro p calculado con t de Student; b: parámetro p calculado con chi cuadrado

Tabla 8*Estudio descriptivo de las variables clínicas según diagnóstico*

VARIABLES CLÍNICAS	Total EC (n=131)	Total CU (n=72)	p	TE
Edad al diagnóstico (media±DT)	29.75±11.3	33.93±12.5	.016 _a	0.17 _d
Tiempo transcurrido				
desde el diagnóstico (media±DT)	10.22±8.4	10.92±9.6	.593 _a	-
Tabaquismo activo (n,%)	38 (29.0%)	13 (18.0%)	.085 _b	-
Nº de brotes (media±DT)	22.28±40.6	22.47±36.2	.974 _a	-
Actividad (n,%)				
Enfermedad inactiva	79 (60.3%)	64 (88.8%)	.000 _b	0.20 _c
Enfermedad activa	52 (39.6%)	8 (11.1%)		
Adhesión al tratamiento (n,%)				
Adhesión	75 (57.2%)	33 (45.8%)	.141 _b	-
Falta de adhesión	56 (42.7%)	39 (54.1%)		

Nota: gl para n, %= 1; gl para media±DT=201; a: parámetro p calculado con t de Student; b: parámetro p calculado con chi cuadrado; TE: tamaño del efecto; c: TE calculado con v de Cramer; d: TE calculado con d de Cohen.

Tabla 9*Estudio descriptivo de la medicación según diagnóstico*

Tipo de tratamiento	Total EC (n=131) n (%)	Total CU (n=72) n%
Corticoides	20 (15.3%)	14 (19.4%)
Salicilatos	23 (17.5%)	59 (81.9%)
Inmunomoduladores	69 (52.7%)	17 (23.6%)
Biológicos	44 (33.6%)	14 (19.4%)
Sin tratamiento	1 (0.8%)	-



Tabla 10

Estudio descriptivo de las variables psicológicas de la muestra según diagnóstico

Variab psicológicas	Total EC (n=131) media±DT	Total CU (n=72) media±DT	p	TE (gl=201)
EAE total	45.2±9.1	46.0±8.3	.536 _a	-
Importancia o amenaza	23.4±6.6	24.5±6.8	.236 _a	
Duración	14.8±2.9	14.8±2.8	.984 _a	
Grado de control	6.9±2.6	6.6±2.0	.305 _a	
PSS	27.8±7.8	26.6±7.3	.280 _a	-
SRRS	341.6±147.5*	285.8±160.4	.014 _a	0.17 _d
HAD				
Ansiedad	8.1±4.6	7.8±4.2	.658 _a	-
Depresión	5.0±4.2	4.6±3.4	.485 _a	-

Nota: EAE: escala de apreciación del estrés relacionado con la enfermedad; PSS: escala de estrés percibido; SRRS: escala de acontecimientos vitales estresantes; HAD: escala hospitalaria de ansiedad y depresión; a: parámetro *p* calculado con *t* de Student; TE: tamaño del efecto; d: TE calculado con *d* de Cohen.

Tabla 11*Estrategias de afrontamiento del estrés según diagnóstico*

Estrategias de afrontamiento	Total EC (n=131)	Total CU (n=72)	p
	Media±DT	Media±DT	
Focalización en solución del problema	19.63±4.6	19.66±4.6	.969 _a
Auto-focalización negativa	14.36±3.6	14.43±3.6	.893 _a
Re-evaluación positiva	20.10±5.3	19.67±3.2	.537 _a
Evitación	14.97±4.0	15.21±3.8	.689 _a
Expresión emocional abierta	13.67±3.4	13.49±3.5	.722 _a
Búsqueda de apoyo social	17.40±5.7	16.38±5.8	.235 _a
Religión	9.42±4.7	9.49±4.4	.922 _a

Nota: a: parámetro *p* calculado con *t* de Student.**Tabla 12***Calidad de vida de la muestra separada por diagnóstico*

Calidad de vida	Total EC (n=131)	Total CU (n=72)	p
	Media±DT	Media±DT	
IBDQ TOTAL	162.15±36.9	165.56±35.8	.531 _a
IBDQ digestivo	53.05±11.5	53.56±12.6	.773 _a
IBDQ sistémico	22.32±6.7	22.87±5.9	.563 _a
IBDQ social	27.50±7.6	28.23±7.5	.514 _a
IBDQ Emocional	59.26±14.3	61.28±14.0	.340 _a

IBDQ: Cuestionario de calidad de vida específico de EII; Nota: a: parámetro *p* calculado con *t* de Student.

5.3. Patrones de personalidad.

En cuanto al estudio de los patrones de personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III, la muestra total se redujo a los 170 pacientes que finalmente completaron este test. En **tabla 13 y figura 15**, se muestran los patrones de personalidad agrupados por categorías diagnósticas. Los patrones de personalidad que presentaron mayor frecuencia fueron, en primer lugar el patrón de personalidad compulsivo, con una frecuencia del 23.5% (40 sujetos) en la característica de rasgo y una frecuencia de 9.4% (16 sujetos) en la categoría de trastorno. El siguiente patrón más frecuente de personalidad fue el histriónico con una frecuencia de 11.8% (20 sujetos) en la categoría de rasgo y de 3% (6 sujetos) en la categoría de trastorno. En menor medida les siguen los patrones de personalidad narcisista con una frecuencia del 8.8% (15 sujetos) en la categoría de rasgo y una frecuencia del 2.9% (5 sujetos) en la categoría de trastorno y el evitativo con una frecuencia de 6.5% (11 sujetos) en la categoría de rasgo y 1.8% (3 sujetos) en la categoría de trastorno.

Tabla 13*Prevalencia de patrones de personalidad por categorías diagnósticas*

Patrones de personalidad (n=170)					
n (%)			n (%)		
Esquizoide			Agresivo		
No	<75	163 (95.9)	No	<75	169 (99.4)
Rasgo	75-84	6 (3.5)	Rasgo	75-84	1 (0.6)
Trastorno	>85	1 (0.6)	Trastorno	>85	0 (0)
Evitativo			Compulsivo		
No	<75	156 (91.8)	No	<75	114 (67.1)
Rasgo	75-84	11 (6.5)	Rasgo	75-84	40 (23.5)
Trastorno	>85	3 (1.8)	Trastorno	>85	16 (9.4)
Depresivo			Negativista		
No	<75	163 (95.9)	No	<75	166 (97.6)
Rasgo	75-84	5 (2.9)	Rasgo	75-84	4 (2.4)
Trastorno	>85	2 (1.2)	Trastorno	>85	0 (0)
Dependiente			Autodestructivo		
No	<75	164 (96.5)	No	<75	170 (100)
Rasgo	75-84	6 (3.5)	Rasgo	75-84	0 (0)
Trastorno	>85	0 (0)	Trastorno	>85	0 (0)
Histriónico			Esquizotípico		
No	<75	144 (84.7)	No	<75	169 (99.4)
Rasgo	75-84	20 (11.8)	Rasgo	75-84	1 (0.5)
Trastorno	>85	6 (3.0)	Trastorno	>85	0 (0%)
Narcisista			Límite		
No	<75	150 (88.2)	No	<75	169 (99.4)

Rasgo	75-84	15 (8.8)	Rasgo	75-84	1 (0.6)
Trastorno	>85	5 (2.9)	Trastorno	>85	0 (0)

Antisocial			Paranoide		
No	<75	169 (99.4)	No	<75	165 (97.1)
Rasgo	75-84	1 (0.6)	Rasgo	75-84	2 (1.2)
Trastorno	>85	0 (0)	Trastorno	>85	3 (1.8)

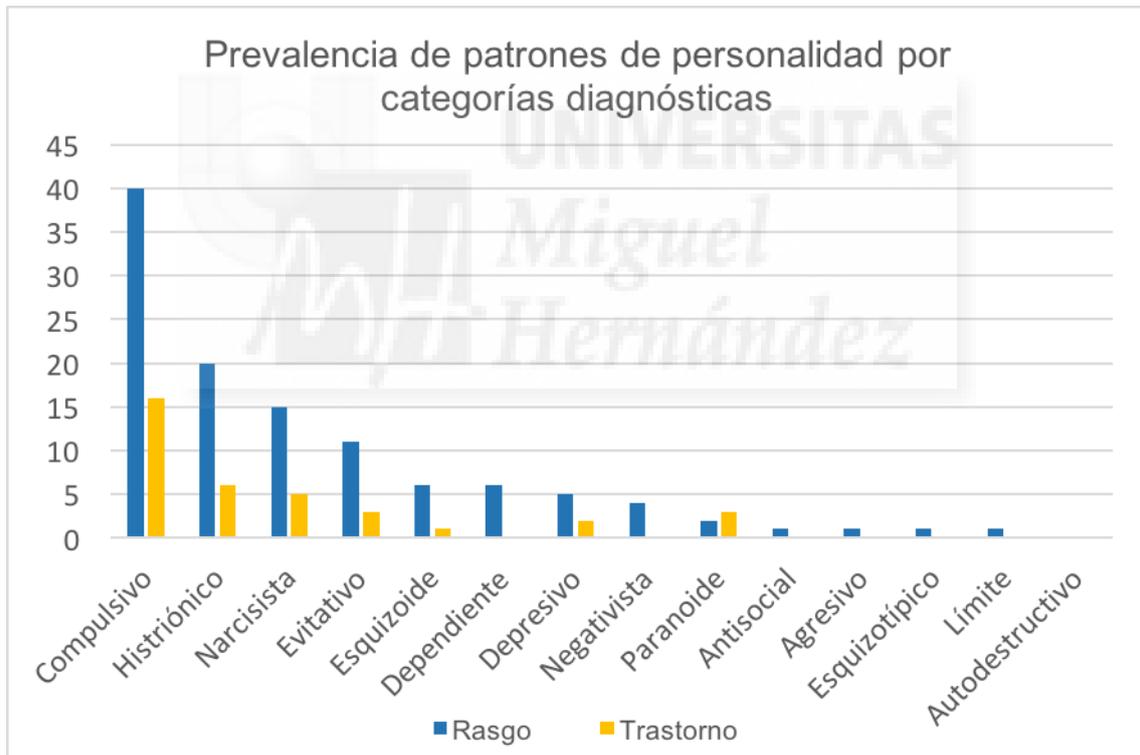


Figura 15. Prevalencia de patrones de personalidad por categorías diagnósticas

En **tabla 14 y figura 16** se presentan los resultados de prevalencia de síndromes clínicos por categorías diagnósticas, destacando el síndrome de ansiedad con una frecuencia de 11.2% (19 sujetos) con presencia de síndrome y una frecuencia de 21.8% (37 sujetos) con prominencia de síndrome, seguido por los síndromes distímico con una frecuencia de 12.9% (22 sujetos) con presencia de síndrome y una frecuencia de 2.4% (4 sujetos) con prominencia de síndrome y el somatomorfo con una frecuencia de 10% (17 sujetos) con presencia de síndrome y 3% (6 sujetos) con prominencia de síndrome. En menor porcentaje les sigue el síndrome bipolar, con una frecuencia 5.9% (10 sujetos) con presencia de síndrome.



Tabla 14*Prevalencia de síndromes clínicos por categorías diagnósticas*

Síndromes clínicos (n=170)						
	n (%)			n(%)		
Ansiedad				Dependencia sustancias		
No	<75	114 (67.1)	No	<75	168 (98.8)	
Presencia	75-84	19 (11.2)	Presencia	75-84	1 (0.6)	
Prominencia	<85	37 (21.8)	Prominencia	<85	1 (0.6)	
Somatomorfo				Estrés post-traumático		
No	<75	147 (86.5)	No	<75	165 (97.1)	
Presencia	75-84	17 (10)	Presencia	75-84	3 (1.8)	
Prominencia	<85	6 (3)	Prominencia	<85	2 (1.2)	
Bipolar				Trastorno del pensamiento		
No	<75	160 (94.1)	No	<75	161 (94.7)	
Presencia	75-84	10 (5.9)	Presencia	75-84	6 (3.5)	
Prominencia	<85	0 (0)	Prominencia	<85	3 (1.8)	
Distímico				Depresión mayor		
No	<75	144 (84.7)	No	<75	158 (92.9)	
Presencia	75-84	22 (12.9)	Presencia	75-84	8 (4.7)	
Prominencia	<85	4 (2.4)	Prominencia	<85	3 (1.8)	
Dependencia Alcohol				Trastorno delirante		
No	<75	168 (82.8)	No	<75	164 (96.5)	
Presencia	75-84	2 (1.2)	Presencia	75-84	4 (2.4)	
Prominencia	<85	0 (0)	Prominencia	<85	2 (1.2)	

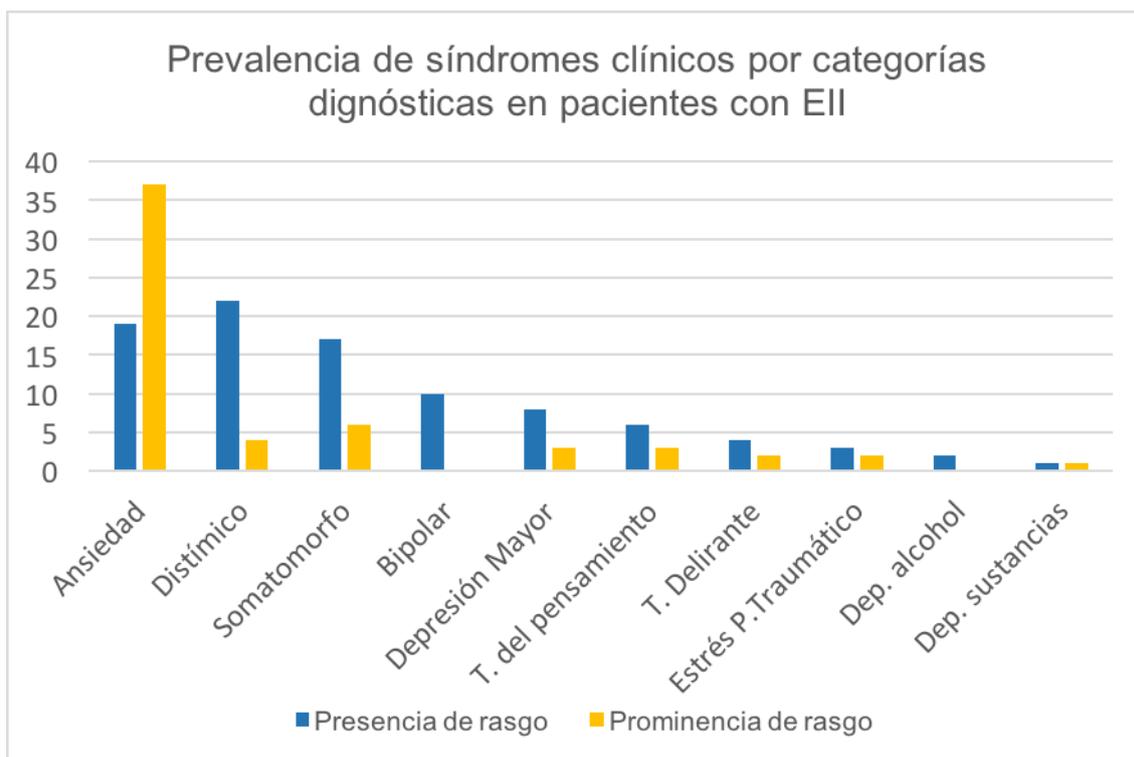


Figura 16. Prevalencia de síndromes clínicos por categorías diagnósticas

Al separarlos por diagnóstico, EC y CU, los patrones de personalidad con frecuencias mayores (**tabla 15**), siguen siendo el compulsivo, el histriónico, el narcisista y el evitativo. En el caso del compulsivo, los resultados fueron 22.7% (25 sujetos) en la categoría de rasgo y de 8.2% (9 sujetos) en la categoría de trastorno para los pacientes diagnosticados de EC, mientras que para los pacientes diagnosticados de CU, los resultados fueron 25% (15 sujetos) en la categoría de rasgo y de 11.7% (7 sujetos) en la categoría de trastorno. En el caso del histriónico los resultados fueron 13.6% (15 sujetos) en la categoría de rasgo y de 1.8% (2 sujetos) en la categoría de trastorno para los diagnosticados de EC y de 8.3% (5 sujetos) en la categoría de rasgo y 6.7% (4 pacientes) en la categoría de trastorno para los diagnosticados de CU. En el caso del narcisista, los resultados indicaron un 10% (11 sujetos) en categoría

de rasgo, un 2.7% (3 sujetos) en categoría de trastorno para EC, un 6.7% (4 sujetos) en categoría de rasgo y un 3.3% (2 sujetos) en categoría de trastorno para CU. Y por último en el caso del evitativo se encontró con un 6.4% (7sujetos) en categoría de rasgo, un 2.7% (3 sujetos) en la de de trastorno para EC; mientras que para CU los resultados mostraron un 6.7% (4 sujetos) en categoría de rasgo y un 0% en categoría de trastorno.

Tabla 15

Prevalencia de patrones de personalidad por categorías diagnósticas separados por diagnóstico (EC y CU)

Patrones de personalidad	Total EC (n=110)	Total CU (n=60)
	n (%)	n (%)
Esquizoide		
No	106 (96.4%)	57 (95%)
Rasgo	3 (2.7%)	3 (5.0%)
Trastorno	1 (0.9%)	0 (0%)
Evitativo		
No	100 (90.9%)	56 (93.3%)
Rasgo	7 (6.4%)	4 (6.7%)
Trastorno	3 (2.7%)	0 (0%)
Depresivo		
No	104 (94.5%)	59 (98.3%)
Rasgo	4 (3.6%)	1 (1.7%)
Trastorno	2 (1.8%)	0 (0%)
Dependiente		
No	106 (96.4%)	58 (96.7%)

Rasgo	4 (3.6%)	2 (3.3%)
Trastorno	0 (0%)	0 (0%)
Histriónico		
No	93 (84.5%)	51 (85.0%)
Rasgo	15 (13.6%)	5 (8.3%)
Trastorno	2 (1.8%)	4 (6.7%)
Narcisista		
No	96 (87.3%)	54 (90%)
Rasgo	11 (10%)	4 (6.7%)
Trastorno	3 (2.7%)	2 (3.3%)
Antisocial		
No	109 (99.1%)	60 (100%)
Rasgo	1 (0.9%)	0 (0%)
Trastorno	0 (0%)	0 (0%)
Agresivo		
No	109 (99.1%)	60 (100%)
Rasgo	1 (0.9%)	0 (0%)
Trastorno	0 (0%)	0 (0%)
Compulsivo		
No	76 (69.1%)	38 (63.3%)
Rasgo	25 (22.7%)	15 (25.0%)
Trastorno	9 (8.2%)	7 (11.7%)
Negativista		
No	108 (98.2%)	58 (96.7%)
Rasgo	2 (1.8%)	2 (3.3%)
Trastorno	0 (0%)	0 (0%)

Autodestructivo		
No	110 (100%)	60 (100%)
Rasgo	0 (0%)	0 (0%)
Trastorno	0 (0%)	0 (0%)
Esquizotípico		
No	109 (99.1%)	60 (100%)
Rasgo	1 (0.9%)	0 (0%)
Trastorno	0 (0%)	0 (0%)
Límite		
No	109 (99.1%)	60 (00%)
Rasgo	1 (0.9%)	0 (0%)
Trastorno	0 (0%)	0(0%)
Paranoide		
No	107 (97.3%)	58 (96.7%)
Rasgo	3 (2.7%)	2 (3.3%)
Trastorno	0 (0%)	0 (0%)

Nota: No: <75; Rasgo: 75-84; Trastorno; >85

En cuanto a los síndromes clínicos (**tabla16**) los resultados también estuvieron en la misma línea que los de la muestra general, destacando el síndrome de ansiedad con una frecuencia de 10% (11 sujetos) con presencia de síndrome y una frecuencia de 20.9% (23 sujetos) con prominencia en pacientes con EC mientras que, en pacientes con CU, la frecuencia en este síndrome fue de 13.3% (8 pacientes) con presencia de síndrome y una frecuencia de 23.3% (14 sujetos) con prominencia. El siguiente síndrome más frecuente fue el distímico, con una frecuencia de 14.5% (16 sujetos) con

presencia de síndrome y una frecuencia de 2.7% (3 sujetos) con prominencia en pacientes con EC; un 10% (6 sujetos) con presencia de síndrome y un 1.7% (1 sujeto) con prominencia, en pacientes de CU.

Por último, destaca el síndrome somatomorfo, con una frecuencia de 12.7% (14 sujetos) con presencia de síndrome y 4.5% (5 sujetos) con prominencia en pacientes con EC, mientras que en pacientes con CU la frecuencia fue de 5% (3 sujetos) con presencia de síndrome y una frecuencia de 1.7% (1 sujeto) con prominencia.

Tabla 16

Prevalencia de Síndromes Clínicos por categorías diagnósticas separados por diagnóstico

Síndromes Clínicos	Total EC (n=110)	Total CU (n=60)
	n (%)	n (%)
Ansiedad		
No	76 (69.1%)	38 (63.3%)
Presencia	11 (10%)	8 (13.3%)
Prominencia	23 (20.9%)	14 (23.3%)
Somatomorfo		
No	91 (82.7%)	56 (93.3%)
Presencia	14 (12.7%)	3 (5.0%)
Prominencia	5 (4.5%)	1 (1.7%)
Bipolar		
No	102 (92.7%)	58 (96.7%)
Presencia	8 (7.3%)	2 (2.8%)
Prominencia	0 (0%)	0 (0%)

Distímico		
No	91 (82.7%)	53 (88.3%)
Presencia	16 (14.5%)	6 (10%)
Prominencia	3 (2.7%)	1 (1.7%)
Dependencia Alcohol		
No	109 (83.2%)	59 (98.3%)
Presencia	1 (0.8%)	1 (1.7%)
Prominencia	0 (0%)	0 (0%)
Dependencia Sustancias		
No	108 (98.2%)	60 (100%)
Presencia	1 (0.9%)	0 (0%)
Prominencia	1 (0.9%)	0 (0%)
Estrés post-traumático		
No	106 (96.4%)	59 (98.3%)
Presencia	2 (1.8%)	1 (1.7%)
Prominencia	2 (1.8%)	0 (0%)
Trast. del pensamiento		
No	104 (79.4%)	57 (95 (%))
Presencia	3 (2.7%)	3 (5%)
Prominencia	3 (2.7%)	0 (0%)
Depresión Mayor		
No	101 (91.8%)	57 (95%)
Presencia	7 (6.4%)	1 (1.7%)
Prominencia	2 (1.8%)	1 (1.7%)

Delirante		
No	105 (95.5%)	59 (98.3%)
Presencia	3 (2.7%)	1 (1.7%)
Prominencia	2 (1.8%)	0 (0%)

Nota: No: <75; Presencia: 75-84; Prominencia; >85

Al realizar un análisis más general de rasgos, trastornos, síntomas y síndromes en el MCMI-III (**Tabla 17**) para comprobar qué porcentaje de pacientes puntúan en alguna de estas variables, nos encontramos con que un 70% de los sujetos presentaban puntuaciones superiores a 75 en alguna de las escalas del cuestionario referidas a trastornos de personalidad, lo que significaría que tendrían rasgos en algún patrón de personalidad (75-84) o incluso trastorno de personalidad (>85). De estos, el 57.1% de los sujetos puntuaban entre 75 y 84 en alguna de las escalas, lo que significa que tenían al menos un rasgo de alguno de los trastornos de personalidad y un 18.8% tenía una puntuación mayor de 85 lo que significaría que tendrían al menos un trastorno de personalidad.

En cuanto a los síndromes clínicos, un 42.4% puntuaban por encima de 75 en alguna de estas escalas, lo cual significa que en este porcentaje de sujetos se daría presencia o prominencia de síndrome. De estos, un 32.9% presentaban presencia de al menos un síndrome (puntuaciones entre 75 y 84) y un 24.1% presentaban prominencia de al menos un síndrome.

Tabla 17*Prevalencia de diagnósticos de Psicopatología*

Psicopatología (n=170)	n (%)
Al menos un rasgo de un trastorno de personalidad	
SI (75-84)	97 (57,1%)
NO (<75)	73 (42.9%)
Al menos un trastorno de Personalidad	
SI (>85)	32 (18.8%)
NO (<85)	138 (81.2%)
Trastorno de personalidad o rasgos de trastorno de personalidad	
SI (>75)	119 (70.0%)
NO (<75)	51 (30.0%)
Al menos un síntoma de un síndrome clínico	
SI (75-84)	56 (32.9%)
NO (<75)	114 (67.0%)
Al menos un trastorno de síndrome clínico	
SI (>85)	41 (24.1%)
NO (<85)	129 (75.9%)
Síndrome clínico o síntomas de síndrome clínico	
SI (>75)	72 (42.4%)
NO (<75)	98 (57.6%)

En el análisis general, al separarlos por diagnóstico de EC y CU (**tabla 18**), vemos que en el caso de pacientes con CU el porcentaje de pacientes que puntúan por encima de 75 en alguna de las escalas referidas a trastornos de personalidad es superior al de pacientes con EC, siendo los resultados de 75% y 67.3% respectivamente.

De estos, el 58.3% de pacientes con CU puntuaban entre 75 y 84 en alguna de las escalas, lo que significa que tenían al menos un rasgo de alguno de los trastornos de personalidad y un 21.7% tenía una puntuación mayor de 85 lo que significaría que tendrían al menos un trastorno de personalidad. Respecto a los pacientes con EC, un 56.4% puntuaban entre 75 y 84 en alguna de las escalas, es decir, tenían al menos un rasgo de algún trastorno de personalidad, mientras que un 17.3% presentaban al menos un trastorno de personalidad.

En la variable de Síndrome Clínico, solamente en la categoría de presencia de síndrome o prominencia de síndrome (puntuación mayor de 75) los sujetos de CU (43.3%) superan a los de EC (41.8%). En cambio en la categoría presencia de al menos un síndrome y prominencia de al menos un síndrome, son los sujetos de EC los que superan a los de CU.

Tabla 18*Prevalencia de diagnósticos de psicopatología separado por diagnóstico*

Psicopatología	EC (n=110)	CU (n=60)
	N (%)	N(%)
Al menos un rasgo de un trastorno de personalidad		
SI (75-84)	62 (56.4%)	35 (58.3%)
NO (<75)	48 (43.6%)	25 (41.7%)
Al menos un trastorno de Personalidad		
SI (>85)	19 (17.3%)	13 (21.7%)
NO (<85)	91 (82.7%)	47 (78.3%)
Trastorno de personalidad o rasgos de trastorno de personalidad		
SI (>75)	74 (67.3%)	45 (75%)
NO (<75)	36 (32.7%)	15 (25%)
Al menos un síntoma de un síndrome clínico		
SI (75-84)	38 (34.5%)	18 (30%)
NO (<75)	72 (65.5%)	42 (70%)
Al menos un trastorno de síndrome clínico		
SI (>85)	27 (24.5%)	13 (21.7%)
NO (<85)	83 (75.5%)	47 (78.3%)
Síndrome clínico o síntomas de síndrome clínico		
SI (>75)	46 (41.8%)	26 (43.3%)
NO (<75)	64 (58.2%)	34 (56.7%)

5.4. Resultados basales del total de participantes en el ensayo clínico: características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de la muestra participante en el programa.

Aunque inicialmente se reclutaron y se realizó la evaluación basal de 203 pacientes, finalmente fueron 120 los que participaron por completo en el programa (con medidas basales y evaluación final; **figura 15**), 60 asignados de forma aleatoria al grupo tratamiento (los cuales asistieron al programa de intervención psicológica) y 60 asignados al grupo control (los cuales no asistieron al programa y fueron manejados de forma estándar). Todos ellos fueron evaluados pre y post-tratamiento (clinicaltrial.gov: NCT02614014). A continuación se describen los resultados de la evaluación basal de la muestra participante.

En la **tabla 19** se presenta la distribución de las principales variables sociodemográficas de la muestra participante en el programa de intervención.

Un total de 120 pacientes participaron en el ensayo clínico aleatorizado, de los cuales 47 eran hombres (39.2%) y 73 eran mujeres (60.8%). La media de edad fue de 43.4 (DT=11.7) y límites extremos 18 y 69 años.

La mayoría de ellos estaban casados, 82 (68.3%), 23 (19.2%) solteros, 2 (1.7%) viudos y 13 (10.8%) separados o divorciados.

Con respecto al nivel académico, 3 (2.5%) no tenían estudios, 28 (23.3%) con estudios primarios, 49 (40.8%) con estudios secundarios y 40 (33.3%) con estudios superiores.

Desde el punto de vista laboral, el número de pacientes en activo fue de 53 (44.1%), en situación de desempleo 36 (30%), jubilados 23 (19.2%) y 8 (6.7%) amas de casa.

En cuanto a las variables relacionadas con la enfermedad (**tabla 20**), del total de pacientes diagnosticados que participaron en el programa, vemos que 80 (66.7%) tenían diagnóstico de EC y 40 (33.3%) tenían diagnóstico de CU. Un total de 27 (22.5%) pacientes presentaban resección intestinal. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico fue de 10.3 años (DT= 8.6) y la edad media al diagnóstico fue de 32.9 años (DT=12.3). En cuanto al tabaquismo activo, 32 pacientes (26.7%) manifestaron que fumaban. El número medio de brotes desde el diagnóstico fue de 23.1 (DT=38.5).

Del total de sujetos diagnosticados de EC, 46 (57.0%) no presentaban actividad de la enfermedad en el momento de la primera valoración, en el caso de los sujetos con CU, el número de pacientes que no presentaban actividad fue de 35 (87.5%).

La puntuación media obtenida en el índice de actividad, fue para los enfermos de Crohn de 149.3 (DT=113.4), en el CDAI y para los enfermos de Colitis Ulcerosa de 2.0 (DT=2.2), en el índice de Mayo.

En cuanto a la adhesión al tratamiento, 52 (43.3%) presentaban criterios de falta de adhesión o eran no cumplidores con el tratamiento.

En relación a la medicación (**tabla 21**), vemos que, 21 pacientes (17.5%) se estaban tratando con corticoides; 48 pacientes (40.%) con salicilatos; 51 pacientes (42.5%) con inmunomoduladores; 35 (29.2%) llevaban tratamiento

biológico y un paciente (0.8%) estaba sin tratamiento en el momento de la valoración.

Tabla 19

Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra participante en programa completo

Variabes sociodemográficas	Total muestra (n=120)
Edad (media±DT)	43.4±11.7
Sexo (n,%)	
Varones	47 (39.2%)
Mujeres	73 (60.8%)
Estado civil (n,%)	
Casado	82 (68.3%)
Solteros	23 (19.2%)
Viudo	2 (1.7%)
Divorciado	13 (10.8%)
Nivel académico (n,%)	
Sin estudios	3 (2.5%)
Primarios	28 (23.3%)
Secundarios	49 (40.8%)
Superiores	40 (33.3%)
Situación laboral (n,%)	
Activo	53 (44.1%)
Desempleado	36 (30%)
Jubilado	23 (19.2%)
Ama de casa	8 (6.7%)

Tabla 20*Variables clínicas de la muestra participante en programa completo*

Variables clínicas	Total muestra (n=120)
Diagnóstico (n,%)	
Crohn	80 (66.7%)
Colitis ulcerosa	40 (33.3%)
Resección intestinal (n,%)	27 (22.5%)
Edad al diagnóstico (media±DT)	32.9±12.3
Tiempo transcurrido desde diagnóstico (media±DT)	10.3±8.6
Tabaquismo activo (n,%)	32 (26.7%)
Nº de brotes (media±DT)	23.1±38.5
CDAI (n=80) (media±DT)	149.3±113.4
Enfermedad inactiva (n,%)	46 (57.0%)
Enfermedad activa (n,%)	34 (43.0%)
ÍNDICE DE MAYO (n=40) (media±DT)	2.0±2.2
Enfermedad inactiva (n,%)	35 (87.5%)
Enfermedad activa (n,%)	5 (12.5%)
Adhesión al tratamiento (n,%)	
Adhesión	68 (56.7%)
Falta de adhesión	52 (43.3%)

Tabla 21*Medicación de la muestra participante en el programa completo*

Tipo de tratamiento	Total muestra (n=120)
	n (%)
Corticoides	21 (17.5%)
Salicilatos	48 (40%)
Inmunomoduladores	51 (42.5%)
Biológicos	35 (29.2%)
Sin tratamiento	1 (0.83%)

En relación a las variables psicológicas de la muestra participante (**tabla 22**), vemos que la media obtenida en el EAE total fue de 45.6 (DT=9.2); desglosándose en las siguientes dimensiones: Importancia o amenaza, 23.2 (DT=6.8); Duración, 15.2 (DT=2.8) y Grado de Control, 7.2 (DT=2.5). La media en la escala de estrés percibido (PSS) fue de 27.4 (DT=7.5).

En la escala de acontecimientos vitales estresantes la puntuación media fue de 316.6 (DT=137.3) puntuación elevada si tenemos en cuenta que una puntuación >300 supone una probabilidad del 80% de que la salud del sujeto se vea afectada.

En cuanto a la ansiedad y depresión, las puntuaciones medias fueron de 8.3 (DT=4.5) y 5.3 (DT=4.0) respectivamente. En el caso de ansiedad, la puntuación de la muestra participante sigue superando el punto de corte 7, lo

cual que indica un nivel de ansiedad moderado. En el caso de la depresión la puntuación está dentro del rango de normalidad.

Los estilos de afrontamiento (**tabla 23**) de los pacientes participantes en el programa siguen la misma línea que la clasificación inicial de la muestra completa: utilizan sobre todo estrategias de focalización de re-evaluación positiva, de focalización en solución del problema, y en menor medida de búsqueda de apoyo social.

Las puntuaciones en calidad de vida (**tabla 24**) varían muy poco de las obtenidas en la muestra completa y están tanto la calidad de vida total como la calidad de vida de las 4 dimensiones dentro del mismo rango observado en la muestra completa inicial.



Tabla 22*Variables psicológicas de la muestra participante en el programa completo*

Variables psicológicas	Total muestra (n= 120)
	media±DT
EAE total	45.6±9.2
Importancia o amenaza	23.2±6.8
Duración	15.2±2.8
Grado de control	7.2±2.5
PSS	27.4±7.5
SRRS	316.6±137.3
HAD	
Ansiedad	8.3±4.5
Depresión	5.3±4.0

Nota: EAE: escala de apreciación del estrés relacionado con la enfermedad; HAD: escala hospitalaria de ansiedad y depresión; PSS: escala de estrés percibido; SRRS: escala de acontecimientos vitales estresantes.

Tabla 23

Estrategias de afrontamiento del estrés de la muestra participante en programa completo

Estrategias	Total muestra (n=120)
	media±DT
Focalización en solución del problema	19.4±4.4
Auto-focalización negativa	14.8±3.4
Re-evaluación positiva	19.6±3.4
Evitación	14.9±3.8
Expresión emocional abierta	13.8±3.5
Búsqueda de apoyo social	16.9±5.9
Religión	9.6±4.7

Tabla 24

Calidad de vida de la muestra participante en el programa completo

Calidad de vida (IBDQ)	Total muestra (n= 120)
	media±DT
IBDQ TOTAL	164.3±35.6
IBDQ digestivo	53.7±11.6
IBDQ sistémico	22.7±6.2
IBDQ social	28.0±7.3
IBDQ emocional	59.8±14.2

Nota: IBDQ: Cuestionario de calidad de vida específico de EII.

Finalmente, se compararon los 120 participantes en el estudio con los 83 excluidos, con el fin de comprobar que no hubiera ningún tipo de sesgo en los resultados finales influenciado por posibles diferencias entre la muestra resultante final e inicial. Se comprobó que, efectivamente, la muestra era homogénea, tan solo se halló una diferencia significativa en la dimensión grado de control de la variable EAE, no obstante, el tamaño del efecto observado en esta diferencia fue bajo. En ninguna otra variable se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes (**tabla 25**).

Tabla 25

Diferencias entre muestra participante en el programa completo y muestra excluida.

Variables del estudio	Sujetos excluidos (n=83)	Sujetos participantes (n=120)	p	TE
Edad (media±DT)	40.3±10.7	43.4±11.7	.735 _a	-
Sexo (n,%)			.970 _b	-
Varones	34 (40.9%)	47 (39.2%)		
Mujeres	49 (69.0%)	73 (60.8%)		
Tabaquismo activo (n,%)	19 (22.9%)	32 (26.7%)	.491 _b	-
Estado civil (n,%)			.462 _b	-
Casado	45 (54.2%)	82 (68.3%)		
Solteros	29 (34.9%)	23 (19.2%)		
Viudo	1 (1.2%)	2 (1.7%)		
Divorciado	8 (9.6%)	13 (10.8%)		

Nivel de estudios (n,%)			.097 _b	-
Sin estudios	3 (3.6%)	3 (2.5%)		
Primarios	16 (19.2%)	28 (23.3%)		
Secundarios	34 (40.9%)	49 (40.8%)		
Superiores	30 (36.14%)	40 (33.3%)		
Situación laboral (n,%)			.185 _b	-
Activo	41 (49.3%)	53 (44.1%)		
Desempleado	31 (37.3%)	36 (30%)		
Jubilado	7 (8.4%)	23 (19.2%)		
Ama de casa	4 (4.8%)	8 (6.7%)		
Diagnóstico (n,%)				-
Crohn	51 (61.5%)	80 (66.7%)	.134 _b	
Colitis ulcerosa	32 (38.5%)	40 (33.3%)		
Resección intestinal (media±DT)	20 (24.1%)	27 (22.5%)	.336 _a	-
Edad al diagnóstico (media±DT)	30.3±10.7	32.9±12.3	.310 _a	-
Tiempo transcurrido desde diagnóstico (media±DT)	10.7±8.7	10.3±8.6	.105 _a	-
Nº de brotes (media±DT)	21.3±39.9	23.1±38.5	.714 _a	-
CDAI (media±DT)	146.3±111.2	149.3±113.4	.878 _a	-
Enfermedad inactiva (n,%)	33 (64.7%)	46 (57.0%)		
Enfermedad activa (n,%)	18 (35.3%)	34 (43.0%)		

ÍNDICE DE MAYO (media±DT)	1.7±1.9	2.0±2.1	.429 _a	-
Enfermedad inactiva	29 (90.6%)	35 (87.5%)		
Enfermedad activa	3 (9.3%)	5 (12.5%)		
Adhesión al tratamiento (n,%)				
adhesión	40 (48.2%)	68 (56.7%)	.413 _a	-
Falta de adhesión	43 (51.8%)	52 (43.3%)		
EAE total (media±DT)	45.5±8.8	45.6±9.2	.854 _a	-
Importancia o amenaza	24.1±6.6	23.2±6.8	.062 _a	-
Duración	14.8±2.8	15.2±2.8	.078 _a	-
Grado de control	6.4±2.4	7.2±2.5	.016 _a	0.17 _d
PSS	27.3±8.8	27.4±7.5	.703 _a	-
SRRS	333±172.7	316.6±137.3	.462 _a	-
HAD				
Ansiedad	7.7±4.4	8.3±4.5	.457	-
Depresión	4.4±3.7	5.3±4.0	.148	-
IBDQ TOTAL (media±DT)	163.3±36.5	164.3±35.6	.392 _a	-
IBDQ digestivo	53.2±11.8	53.7±11.6	.255 _a	-
IBDQ sistémico	22.5±6.4	22.7±6.2	.398 _a	-
IBDQ social	27.7±7.5	28.0±7.3	.273 _a	-
IBDQ emocional	59.9±14.2	59.8±14.2	.927 _a	-

Nota: EAE: escala de apreciación del estrés relacionado con la enfermedad; HAD: escala hospitalaria de ansiedad y depresión; PSS: escala de estrés percibido; SRRS: escala de acontecimientos vitales estresantes; a: parámetro p calculado con t de Student; b: parámetro p calculado con χ^2 cuadrado; TE: tamaño del efecto; d: TE calculado con d de Cohen.

5.5. Resultados basales comparados entre grupo control e intervención de la muestra participante en el ensayo clínico.

Tras la comprobación de ausencia de diferencias entre muestra reclutada inicial (203) y muestra que finalmente participó en el ensayo clínico (120) y previo al análisis de los resultados de efectividad del programa, se analizó la homogeneidad (equivalencia) del grupo control y grupo intervención de la muestra participante. Se describen inicialmente los resultados basales comparando ambos grupos, siguiendo la misma estructura que se ha desarrollado anteriormente: resultados sociodemográficos, variables clínicas, medicación, variables psicológicas y calidad de vida.

En cuanto a las variables sociodemográficas (**tabla 26**), se puede observar que la muestra es homogénea, no existiendo ninguna diferencia significativa.

En las medidas basales, pre-tratamiento, referidas a las variables clínicas, psicológicas y de calidad de vida (**tablas, 27, 29 y 31**), solo se encontraron diferencias significativas en la variable adhesión al tratamiento. El número de sujetos que presentaban criterios de adhesión en el grupo intervención fue de 40 (66.7%), frente a los 28 sujetos (46.7%) en el grupo control.

Del resto de variables medidas, tan solo se encontraron diferencias significativas en las medidas basales de medicación y en estrategias de afrontamiento (**tablas 28 y 30**). En medicación el número de pacientes que tomaban corticoides en el grupo de intervención fue de 16 (26.7%) frente al número de pacientes del grupo de control que fue de 5 (8.3%). En cuanto a las

estrategias de afrontamiento, el grupo intervención puntúo significativamente más en auto-focalización negativa (15.5 ± 3.3) que el grupo control (14.1 ± 3.4).

Se puede decir que no existen diferencias significativas que pudieran afectar a los objetivos del programa y que partimos, por tanto, de muestras homogéneas, por lo que las variaciones post tratamiento, con alta probabilidad, podrían ser debidas a la variable independiente, que en nuestro caso es la intervención psicológica (tratamiento).



Tabla 26*Resultados basales grupos control e intervención. Variables sociodemográficas*

Variables sociodemográficas	Grupo Intervención (n=60)	Grupo Control (n=60)	p
Edad (media±DT)	44.5±11.81	42.3±11.65	.321 _a
Sexo (n,%)			
Varones	28 (46.7%)	19 (31.7%)	.132 _b
Mujeres	32 (53.6%)	41 (68.3%)	
Estado civil (n,%)			
Casado	37 (61.7%)	45 (75.0%)	.065 _b
Solteros	14 (23.3%)	9 (15.0%)	
Viudo	10 (15.0%)	2 (3.3%)	
Divorciado	0	4 (6.7%)	
Nivel académico (n,%)			
Sin estudios	2 (3.3%)	1 (1.7%)	.920 _b
Primarios	13 (21.7%)	15 (25.0%)	
Secundarios	25 (41.7%)	24 (40.0%)	
Superiores	20 (33.3%)	20 (33.0%)	
Situación laboral (n,%)			
Activo	31 (51.7%)	22 (36.7%)	.508 _b
Desempleado	14 (23.3%)	22 (36.7%)	
Jubilado	12 (20%)	11 (18.3%)	
Ama de casa	3 (5.0%)	5 (8.3%)	

Nota: a: parámetro p calculado con t de Student; b: parámetro p calculado con chi cuadrado.

Tabla 27*Resultados basales grupo control e intervención. Variables clínicas*

Variables clínicas	Grupo Intervención (n=60)	Grupo Control (n=60)	p	TE (gl=59)
Diagnóstico (n,%)				
Crohn	43 (71.7%)	37 (61.7%)	.333 _b	-
Colitis ulcerosa	17 (28.3%)	23 (38.3%)		
Resección intestinal (n,%)	16 (26.7%)	11 (18.3%)	.382 _b	-
Edad al diagnóstico (media±DT)	34.3±12.6	31.5±11.9	.216 _a	-
Tiempo transcurrido desde diagnóstico (media±DT)	9.9±8.5	10.7±8.8	.614 _a	-
Tabaquismo activo (n,%)	12 (20.0%)	20 (33.3%)	.106 _b	-
Nº de brotes (media±DT)	19.8±27.3	26.5±47.1	.352 _a	-
CDAI (media±DT)	157.6±125.5	139.7±98.7	.487 _a	-
Enfermedad inactiva (n,%)	24 (55.8%)	21 (56.8%)		
Enfermedad activa (n,%)	19 (44.1%)	16 (43.2%)		
ÍNDICE DE MAYO (media±DT)	1.8±2.1	2.2±2.2	.518 _a	-

Enfermedad inactiva (n,%)	16 (94.1%)	19 (82.6%)		
Enfermedad activa (n,%)	1 (5.9%)	4 (17.4%)		
Adhesión al tratamiento (n,%)				
Adhesión	40 (66.7%)	28 (46.7%)	.020 _b	.11 _c
Falta de adhesión	20 (33.3%)	32 (53.3%)		

Nota: a: parámetro p calculado con t de Student; b: parámetro p calculado con chi cuadrado; TE: tamaño del efecto; c: TE calculado con v de Cramer.

Tabla 28

Medicación basal grupo control e intervención

Tipo de tratamiento	Grupo Intervención (n=60)	Grupo Control (n=60)	p	TE (gl=1)
Corticoides	16 (26.7%)	5 (8.3%)	.016 _b	.15 _c
Salicilatos	23 (38.3%)	25 (41.7%)		
Inmunomoduladores	19 (31.7%)	24 (40.0%)		
Biológicos	27 (45.0%)	16 (26.6%)		
Sin tratamiento	-	1 (1.7%)		

Nota: b: parámetro p calculado con chi cuadrado; TE: tamaño del efecto; c: TE calculado con v de Cramer; d:

Tabla 29*Resultados basales grupo control e intervención. Variables psicológicas*

Variables	Grupo	Grupo	
Psicológicas	Intervención (n=60) media±DT	Control (n=60) media±DT	p
EAE total	45.7±8.9	45.4±9.4	.898 _a
Importancia o amenaza	23.8±6.6	22.5±6.9	.310 _a
Duración	15.0±2.8	15.3±2.6	.531 _a
Grado control	6.9±2.5	7.6±2.3	.103 _a
PSS	28.0±7.3	26.7±7.7	.331 _a
SRRS	317 ±151.1	315±123.06	.952 _a
HAD			
Ansiedad	8.1±4.1	8.4±4.8	.597 _a
Depresión	5.1±3.5	5.5±4.5	.499 _a

Nota: EAE: escala de apreciación del estrés relacionado con la enfermedad; HAD: escala hospitalaria de ansiedad y depresión; PSS: escala de estrés percibido; SRRS: escala de acontecimientos vitales estresantes; a: parámetro *p* calculado con t de Student.

Tabla 30*Resultados basales grupo control e intervención. Estrategias de afrontamiento*

Estilos de Afrontamiento	Grupo Intervención (n=60) media±DT	Grupo Control (n=60) media±DT	p	TE (gI=59)
Focalización en solución del problema	19.0±4.3	19.7±4.5	.388 _a	-
Auto-focalización negativa	15.5±3.3	14.1±3.4	.026 _a	0.20 _d
Re-evaluación positiva	19.6±3.3	19.6±3.6	.958 _a	-
Evitación	15.1±3.8	14.8±3.8	.481 _a	-
Expresión emocional abierta	13.6±2.9	14.0±3.8	.273 _a	-
Búsqueda de apoyo social	16.3±6.0	17.5±5.9	.984 _a	-
Religión	9.2±3.9	10.0±5.3	.364 _a	-

Nota: a: parámetro *p* calculado con *t* de Student; TE: tamaño del efecto; d: TE calculado con *d* de Cohen.

Tabla 31*Resultados basales grupo control e intervención. Calidad de vida*

Calidad de vida (IBDQ)	Grupo	Grupo	<i>p</i>
	Intervención	Control	
	(n=60)	(n=60)	
	media±DT	media±DT	
IBDQ TOTAL	164.2±34.3	164.9±37.6	.984 _a
IBDQ digestivo	54.5±10.3	53.2±12.8	.456 _a
IBDQ sistémico	22.8±5.9	22.7±6.6	.815 _a
IBDQ social	27.1±7.9	28.9 ±6.7	.183 _a
IBDQ emocional	59.7±13.4	60.1±15.2	.939 _a

Nota: a: parámetro *p* calculado con t de Student

5.6 Eficacia del programa. Comparación de los resultados en las variables pre y post intervención en el grupo control y el grupo intervención

Se comparan y analizan los resultados pre y post intervención de las variables psicológicas, calidad de vida, variables de actividad de la enfermedad y variables de adhesión en el grupo de intervención y grupo de control, siguiendo los objetivos y las hipótesis de nuestro estudio.

La mediana de días transcurridos entre la evaluación basal y la evaluación post-intervención fue de 237 días (rango intercuartil 25-75: 155-358 días). No hubo diferencias a este respecto entre los grupos control e

intervención (mediana grupo control 266 días; mediana grupo intervención 190 días; $p = 0.06$).

Al analizar los datos obtenidos de la comparación entre medidas previas (pre) y posteriores (post) a la aplicación del programa (**tabla 32 y figuras 17, 18, y 19**), se observa que los pacientes del grupo intervención mejoran de forma significativa en las medidas de estrés apreciado por la enfermedad (EAE), en su medida general, y más concretamente en las dimensiones de importancia-amenaza y en la dimensión de control de la enfermedad. Tras el tratamiento, el grupo intervención mejora también de forma significativa en la variable estrés percibido general (PSS). No observándose mejora estadísticamente significativa en ninguna de estas medidas (EAE y PSS) en el grupo control. Según estos resultados, se cumple aquí nuestra primera hipótesis: la intervención psicológica cognitivo-conductual, a través de un programa multicomponente grupal (tratamiento psicológico), mejora los niveles de estrés en pacientes con EII.

En el caso de ansiedad y depresión, ambos grupos, control e intervención, mejoran significativamente. También se cumple la segunda hipótesis, aunque parcialmente: el tratamiento psicológico mejora los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con EII, con la particularidad de que los niveles de ansiedad y depresión también mejoran en los sujetos del grupo control.

Tabla 32

Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en las variables psicológicas

Variables psicológicas	Grupos	Pre-trat. media±DT	Post-trat media±DT	p	TE (gl=59)
EAE	Control	45.4±9.4	44.4±9.7	.352 _a	
	Intervención	45.7±8.8	40.6±8.4	.000 _a	0.58 _d
Importancia-amenaza	Control	22.5±6.9	21.8±7.3	.406 _a	
	Intervención	23.8±6.6	20.7±6.6	.000 _a	0.52 _d
Duración	Control	15.3±2.6	15.4±2.7	.902 _a	
	Intervención	15.0±2.8	14.4±2.2	.077 _a	
Grado Control	Control	7.6±2.3	7.3±2.7	.371 _a	
	Intervención	6.9±2.5	5.5±2.1	.000 _a	0.46 _d
PSS	Control	26.7±7.7	26.0±9.9	.466 _a	-
	Intervención	28.0±7.3	25.1±5.9	.001 _a	0.41 _d
Ansiedad	Control	8.4±4.8	7.2±5.0	.009 _a	0.33 _d
	Intervención	8.1±4.1	6.5±3.9	.003 _a	0.38 _d
Depresión	Control	5.5±4.5	4.4±4.2	.012 _a	0.32 _d
	Intervención	5.1±3.5	4.1±3.4	.019 _a	0.38 _d

Nota: a: parámetro p calculado con t de Student; TE: tamaño del efecto; d: TE calculado con d de Cohen.

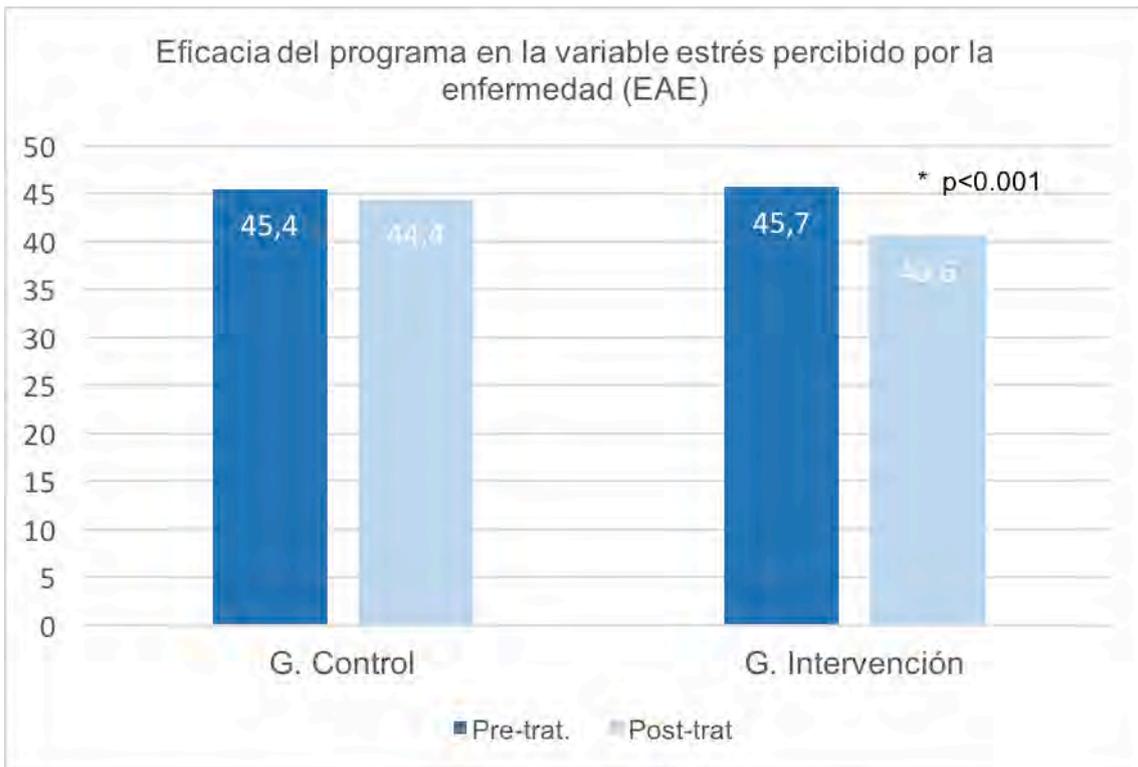


Figura 17. Eficacia del programa en la variable estrés percibido por la enfermedad

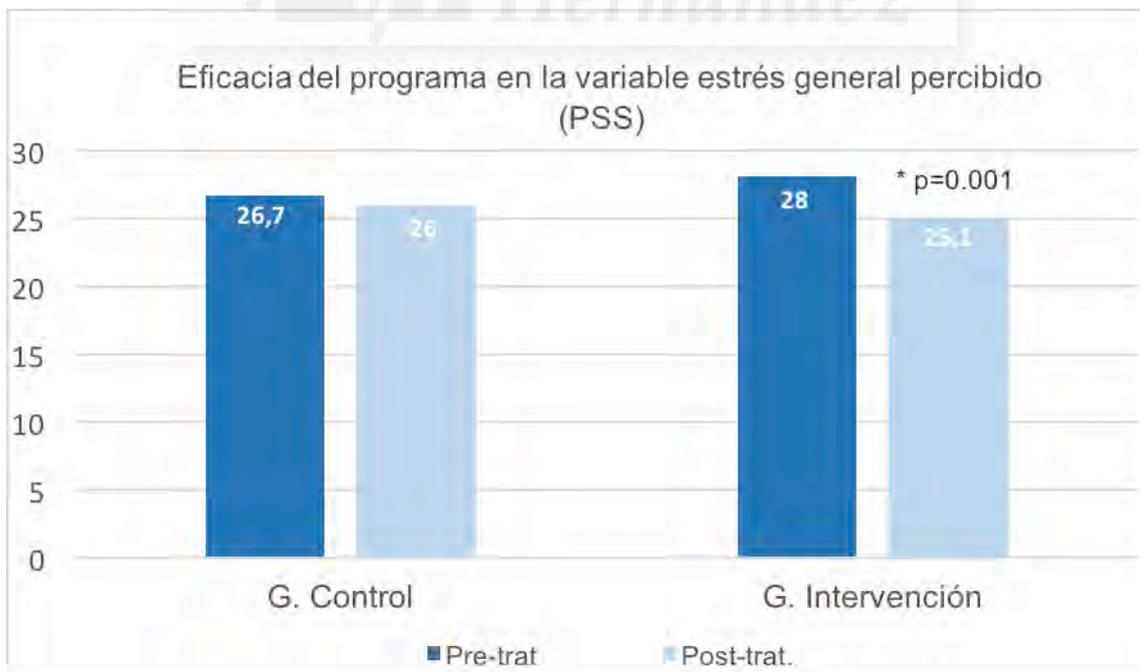


Figura 18. Eficacia del programa en la variable estrés percibido genera

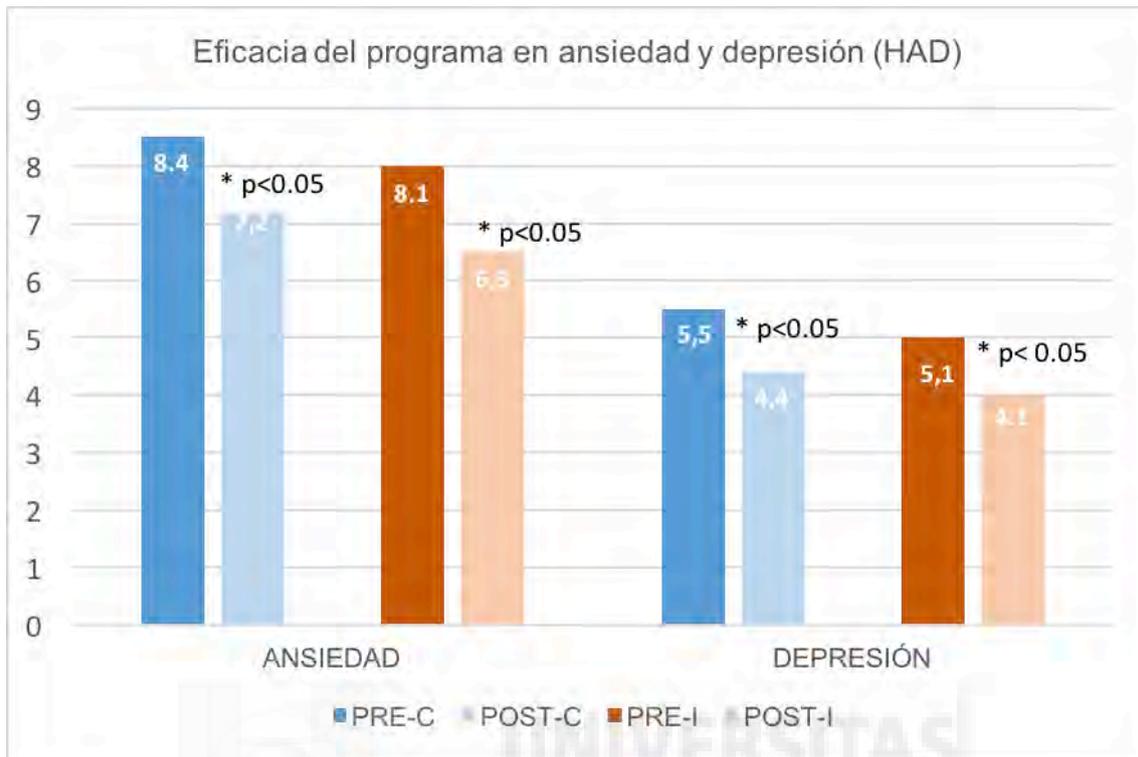


Figura 19. Eficacia del programa en ansiedad y depresión

En lo referente a la calidad de vida percibida (**Tabla 33 y figura 20**), se observa una mejoría significativa en el grupo de intervención al compararlo con el grupo de control. Esta mejoría es significativa en la puntuación global de calidad de vida y en particular en las dimensiones social y emocional post-tratamiento en el grupo de intervención. Respecto a las medidas de las dimensiones sistémica y digestiva no se observa ningún cambio entre medidas pre y post en ninguno de los grupos. Por tanto, podemos decir que se cumple la hipótesis 3: el tratamiento psicológico mejora la calidad de vida en pacientes con EII.

Tabla 33*Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en la calidad de vida*

Calidad de vida	Grupos	Pre-trat. media±DT	Post-trat media±DT	p	TE (gI=59)
IBDQ total	Control	164.9±37.6	170.6±38.7	.149 _a	-
	Intervención	164.2±34.3	176.2±28.0	.001 _a	0.40 _d
IBDQ Digestiva	Control	53.2±12.8	55.1±12.3	.155 _a	
	Intervención	54.5±10.3	55.7±10.2	.364 _a	
IBDQ Sistémica	Control	22.7±6.6	23.1±6.8	.595 _a	
	Intervención	22.8±5.9	24.3±6.0	.053 _a	
IBDQ Social	Control	28.9±6.7	29.6±6.5	.357 _a	
	Intervención	27.1±7.9	29.9±5.9	.000 _a	0.45 _d
IBDQ Emocional	Control	60.1±15.1	62.7±16.4	.103 _a	
	Intervención	59.7±13.4	66.2±10.2	.000 _a	0.50 _d

Nota: a: parámetro p calculado con t de Student; TE: tamaño del efecto; d: TE calculado con d de Cohen.



Figura 20. Eficacia de programa en calidad de vida

Al analizar los resultados respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por ambos grupos antes y después del tratamiento (**tabla 34 y figura 21**), se observa que los sujetos del grupo intervención han disminuido de forma significativa las puntuaciones en el factor auto-focalización negativa y han aumentado de forma significativa las puntuaciones en el factor evitación (en este tipo de sujetos, esto es un resultado positivo). Ambos grupos han disminuido las puntuaciones en expresión emocional abierta, aunque de forma más significativa el grupo intervención. Por otra parte, el grupo control ha aumentado puntuaciones en el factor focalización en la solución del problema, aunque con un tamaño del efecto bajo. El resto de medidas tienen una significación más alta, con un tamaño de efecto medio.

Tabla 34

Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en estrategias de afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento		Pre-trat media±DT	Post-trat media±DT	<i>p</i>	TE (gl = 59)
Focalizado en solución de problemas	Control	19.7±4.5	20.7±4.6	.021 _a	0.29 _d
	Intervención	19.0±4,3	19.8±4.4	.185 _a	-
Autofocalización negativa	Control	14.1±3,4	13.3±3.3	.066 _a	-
	Intervención	15.5±3.3	13.9±3.6	.001 _a	0.41 _d
Reevaluación positiva	Control	19.6±3.6	20.3±3.9	.097 _a	-
	Intervención	19.6±3.3	19.9±3.4	.477 _a	-
Evitación	Control	14.8±3.8	15.3±4.1	.335 _a	-
	Intervención	15.1±3.8	16.7±4.1	.006 _a	0.35 _d
Expresión emocional abierta	Control	14.0±3.8	12.9±3.8	.003 _a	0.37 _d
	Intervención	13.6±2.9	12.2±2.5	.000 _a	0.44 _d
Búsqueda de apoyo social	Control	17.5±5.9	16.8±5.4	.280 _a	-
	Intervención	16.3±6.0	16.9±5.8	.286 _a	-
Religión	Control	10.0±5.3	9.9±5.8	.897 _a	-
	Intervención	9.2±3.9	9.1±4.2	.756 _a	-

Nota: a: parámetro *p* calculado con t de Student; TE: tamaño del efecto; d: TE calculado con d de Cohen.



Figura 21. Eficacia del programa en estrategias de afrontamiento

Respecto a la actividad de la enfermedad (**tabla 35, figuras 22 y 23**), se encuentra una disminución significativa en el índice CDAI de actividad de la EC en el grupo control. En la CU no se aprecian cambios en el índice de Mayo de actividad de esta enfermedad.

Tabla 35

Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en actividad de la enfermedad

Activad	Grupos	Pre-trat. media±DT	Post-trat media±DT	p	TE (gl)
CDAI	control	139.7±98.7	97.3±72.9	.004 _a	0.46 (35) _d
	intervención	157.6±125.5	131.0±111.2	.031 _a	0.33 (40) _d
INDICE DE MAYO	control	2.2±2.2	1.3±2.3	.190 _a	- (21) _d
	intervención	1.8±2.1	1.47±2.45	.589 _a	- (16) _d

Nota: TE: tamaño del efecto; a: parámetro *p* calculado con t de Student; d: TE calculado con d de Cohen. Nivel de significación $p < 0.025$ aplicando corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

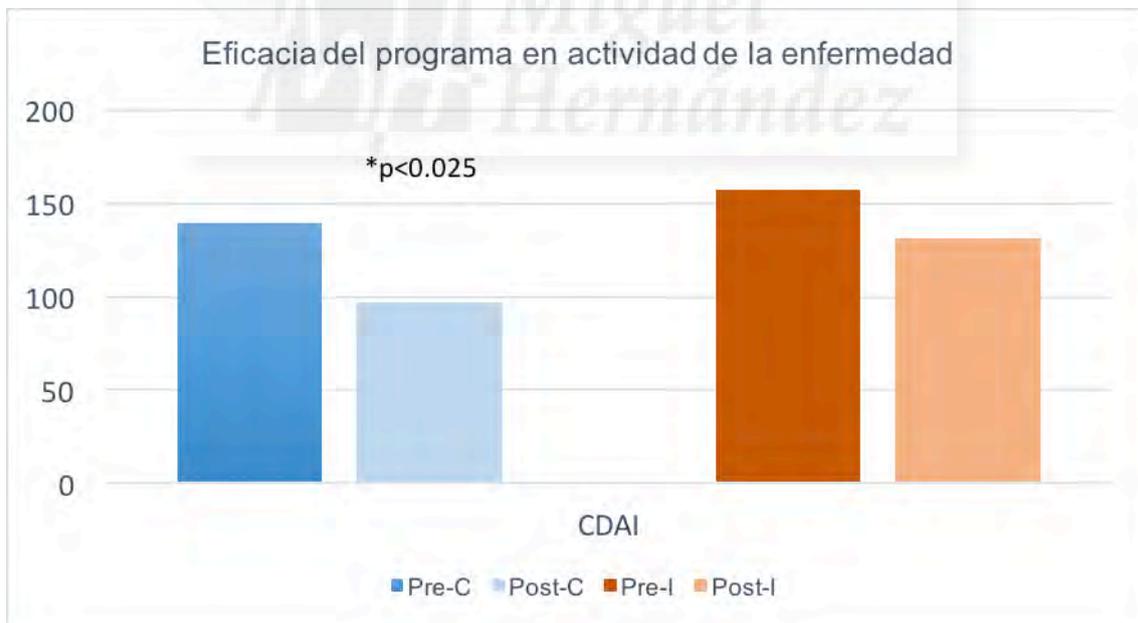


Figura 22. Eficacia del programa en actividad de EC

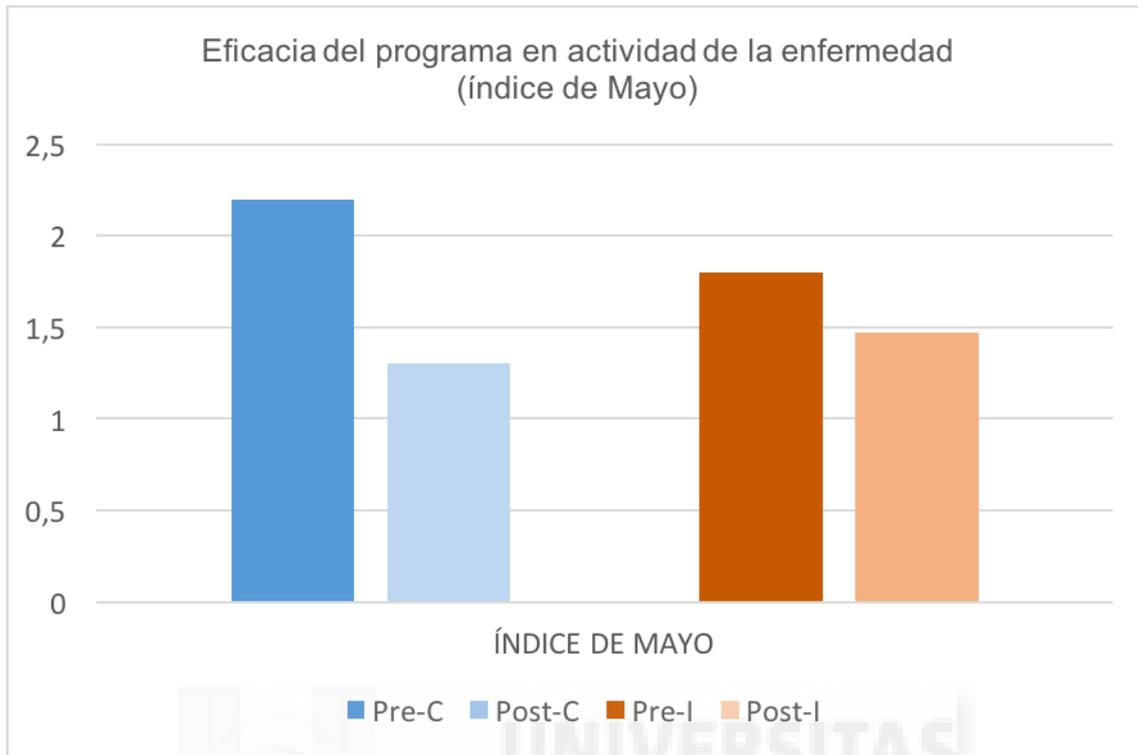


Figura 23. Eficacia del programa en actividad de la enfermedad CU

Respecto al número de sujetos cuya enfermedad permanece activa, se aprecia que tanto en el grupo control como en el grupo tratamiento, el número de individuos con enfermedad activa disminuye sin que las diferencias entre ambos grupos alcancen significación estadística (**Tabla 36**).

Tabla 36

Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en sujetos que presentan actividad

Grupos	Ell activa	Ell activa	p
	Pre-trat	Post-trat	
	n (%)	n (%)	
control	20 (62.5)	12 (37.5)	0.7 _b
intervención	20 (58.8%)	14 (41.2)	

Nota: b: parámetro p calculado con chi cuadrado;

Si medimos la actividad por el número medio de brotes de inflamación y por el número de pacientes con brote en la medida post-intervención (**tabla 37**), tenemos que en el grupo intervención, tras el tratamiento, el número se redujo de forma significativa al compararlo con el grupo control. Teniendo en cuenta este resultado, podemos afirmar también que se cumple la hipótesis 4, el tratamiento psicológico podría tener una influencia positiva en el curso de la enfermedad, teniendo en cuenta que tras el tratamiento se ha reducido significativamente el número de brotes.

Tabla 37

Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en actividad medida por n° medio de brotes y n° de pacientes con brote en medición post-tratamiento

	Grupo intervención n=60	Grupo Control n=60	<i>p</i>	TE
n° Brotes (media±DT)	0.2±0.6	0.7±1.8	.027 _a	0.26 _d
n° pacientes con brote (n,%)	7 (11.6%)	16 (26.6%)	.036 _b	0.19 _c

Nota: a: parámetro *p* calculado con t de Student; b: parámetro *p* calculado con chi cuadrado

TE: tamaño del efecto; d: TE calculado con d de Cohen; c: TE calculado con v de Cramer; gl=72.8

En cuanto a la adhesión al tratamiento (**tabla 38**), partíamos de medidas basales muy diferentes en grupo control y tratamiento. El grupo intervención en su medida basal tenía unos niveles de adhesión más elevados que el grupo control, en cambio, tras el tratamiento, vemos que el grupo control ha mejorado su adhesión y el grupo intervención la ha empeorado, aproximándose así las medidas finales de ambos grupos. En este caso, no se cumple nuestra hipótesis 5, la intervención psicológica realizada, no parece influir en la adhesión a la terapia farmacológica.

Tabla 38*Eficacia del programa intervención psicológica grupal en adhesión*

Adhesión	Pre-trat	Post-trat	<i>p</i>	TE
	n (%)	n (%)		(gl=1)
Control	28 (46.66)	32 (53.33)	.002 _b	0.28 _c
Intervención	40 (66.6%)	34 (56.66)	.026 _b	

Nota: b: parámetro p calculado con chi cuadrado; TE: tamaño del efecto; c:TE calculado con v de Cramer.





6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión

Este estudio se llevó a cabo con la finalidad de establecer si un programa de intervención psicológica era capaz de influir en las variables psicológicas relacionadas con la EII, mejorando las medidas de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida de estos pacientes y, a su vez, comprobar si con esta mejora se observaba alguna variación respecto al curso y actividad de la enfermedad. Un segundo objetivo era observar si esta intervención podría influir positivamente en el nivel de adhesión terapéutica de estos pacientes y, por otro lado, intentar determinar si este tipo de pacientes responden o no a un perfil de personalidad o psicopatológico específico. Para ello se ha empleado la metodología de un ensayo clínico aleatorizado, en el que los pacientes fueron asignados de manera aleatoria a recibir el programa de intervención descrito o a un grupo de control que recibió el manejo habitual en esta patología (clinicaltrials.gov: NCT02614014).

El principal resultado del estudio es que la terapia de intervención psicológica grupal multicomponente realizada en pacientes con EII es capaz de disminuir de forma significativa los niveles de estrés general percibido y los niveles de estrés atribuibles a la enfermedad, así como aumentar, también de forma significativa, los niveles de calidad de vida en estos pacientes. En el caso de ansiedad y depresión, aunque también observamos una mejora en los pacientes, no podemos confirmar que sea debido a la terapia psicológica, puesto que encontramos esta mejoría también en los controles. Los resultados en cuanto al curso y actividad de la enfermedad, aunque han sido positivos en este estudio, no resultan del todo concluyentes. No podemos afirmar que el programa haya reportado una mejora en cuanto a puntuaciones medias de

actividad, pues esta medida mejora en los dos grupos (intervención y control), sin embargo sí observamos una mejora significativa de la actividad en el grupo intervención si tenemos en cuenta el número de brotes que han sufrido los pacientes en el período transcurrido desde el inicio de la intervención. Respecto al cumplimiento terapéutico, se confirma la falta de adhesión en esta patología crónica y el programa, en este caso no ha sido capaz de modificar esta variable. A continuación vemos cada uno de estos aspectos en concreto.

Influencia del programa en las variables psicológicas

La literatura científica ya ha dejado constancia de las variables psicológicas que afectan a la EII (Crane & Martin, 2004; Graff et al., 2009; Nahon et al., 2012; Reigada et al., 2015). A pesar de que existen varios estudios prospectivos previos sobre las variables psicológicas y la EII, la mayoría de ellos están formados por muestras no muy grandes y los períodos de observación son breves, por lo que los resultados respecto a esta relación siguen siendo controvertidos. Sin embargo, algún estudio más actual (con datos longitudinales de más de 2000 sujetos) ha encontrado que los síntomas de depresión y ansiedad puede tener una fuerte correlación con la recurrencia clínica en esta enfermedad (Mikocka-Walus, Pittet, Rossel, von Kanel, & Swiss, 2016). Estas variables suelen coexistir a su vez con el estrés psicológico, también ampliamente estudiado en el contexto de la EII (Knowles & Mickocka-Walus, 2014).

Por todo ello, como indican estos autores, se debería recomendar el tratamiento psicológico para este tipo de pacientes. Sin embargo, el efecto de

la intervención psicológica sobre la evolución de las enfermedades crónicas es controvertido. En concreto en la EII existen resultados contradictorios. Así, en esta línea, una revisión Cochrane (Timmer et al., 2011) concluye que, en términos generales, la intervención psicológica carece de efecto sobre la calidad de vida de los pacientes, el estado emocional y la proporción de pacientes en remisión. No obstante, esta revisión reconoce profundas limitaciones debido a la elevada heterogeneidad de los estudios incluidos en ella, al elevado riesgo de sesgos metodológicos y a la interpretación de los resultados. Por todo ello recomienda la realización de nuevos estudios centrados en aspectos terapéuticos concretos y sobre grupos de pacientes específicos. Por otra parte, más recientemente, Knowles y colaboradores (Knowles et al., 2013), también concluyen que la intervención psicológica podría producir efectos beneficiosos en estos pacientes, siempre que los estudios basados en estos tratamientos cumplan una serie de requisitos para evitar sesgos metodológicos.

En el presente estudio se han cumplido estos requisitos: el diseño ha sido controlado y randomizado; se ha realizado un análisis de potencia para calcular el tamaño muestral; el estudio es replicable usando los mismos instrumentos, que están disponibles para otros investigadores; tanto la evaluación como la intervención ha sido realizada por profesionales apropiados y cualificados, superando en este apartado los sesgos de algunos estudios en el que el programa se impartía por profesionales de otras disciplinas diferentes a la psicología o psiquiatría (Blanchard, 2001; Boye et al., 2011; Larsson et al., 2003; S. P. Schwarz & Blanchard, 1991; Smith et al., 2002).

Otro requisito de estos autores es que la intervención esté claramente identificada dentro del modelo cognitivo-conductual, que es el que científicamente más ha demostrado su eficacia. En este estudio la intervención psicológica se enmarca dentro del modelo cognitivo-conductual (TCC) y además se han sumado técnicas que han mostrado su eficacia en distintas dimensiones en estudios previos. De este modo se ha complementado la TCC con técnicas de relajación para el manejo del estrés, que en estudios anteriores, utilizada de forma aislada, mostró eficacia en la mejora de los síntomas físicos de ansiedad, en calidad de vida y en alguno de los síntomas de la EII como el cansancio, dolor abdominal y distensión (García-Vega & Fernández-Rodríguez, 2004; Knowles et al., 2013; Smith et al., 2002); se han incluido técnicas de mindfulness, que han mostrado eficacia, también aisladamente, en la reducción de los síntomas cognitivos del estrés y la ansiedad, así como en mejora de la calidad de vida en pacientes con EII (Neilson et al., 2016) y se ha aplicado la regulación emocional desde la perspectiva transdiagnóstica de Barlow y colaboradores (Boisseau et al., 2010).

Podemos decir, por tanto, que los resultados del presente estudio, están en la misma línea de estudios previos sobre intervención psicológica y EII, pero superando la mayoría de los sesgos que impiden concluir que el tratamiento psicológico efectivamente puede ser beneficioso para estos pacientes. En el presente estudio, han mejorado de forma significativa las variables de estrés (EAE y PSS), ansiedad y depresión, y todo ello ha supuesto una mejora también significativa en la calidad de vida de estos pacientes.

En cuanto a la mejora significativa en estrés apreciado por causa de la enfermedad (EAE), parece lógico pensar que las propias características de la

enfermedad, en tanto que crónica, con sintomatología dolorosa, pronóstico incierto y sin tratamiento definitivo, son condiciones estresantes suficientes para explicar posibles desajustes psicológicos que, en cualquier caso, deberían ser estudiados y/o tratados. Un elevado número de pacientes juzga como muy estresante la demora del diagnóstico, así como también el pronóstico por su gravedad y cronicidad (García-Vega, Fernández-Rodríguez, & Sánchez-Lombrana, 1994). En el presente estudio, esta variable (EAE), no sólo disminuye significativamente en su medida de estrés total, sino también en sus dimensiones *importancia-amenaza* y *grado de control* percibido por la enfermedad. Sin embargo no disminuye la dimensión de *duración*, que es una dimensión de temporalidad, lo cual es lógico ya que la EII es una enfermedad crónica y el paciente es conocedor de que aunque puede cursar con etapas de remisión largas, es una enfermedad para toda la vida.

Es importante subrayar que en el presente estudio se han tomado distintas medidas del estrés: estrés percibido por la enfermedad (EAE), estrés percibido general (PSS) y sucesos vitales estresantes (SRRS), ya que todas ellas, desde distintas dimensiones pueden afectar al sujeto y deber ser tratadas de forma específica.

En relación a las distintas medidas que se deben tener en cuenta, hay estudios que tomando tan solo medidas con el cuestionario SRRS, indican que la terapia cognitiva no tiene relación con el curso de la enfermedad aunque sí mejora la calidad de vida de estos pacientes (Mikocka-Walus et al., 2015) sin embargo esta única medida de la variable estrés, tan solo nos indica el número de situaciones estresantes a las que está sometido el sujeto, es decir, potenciales estresores, que dependiendo de otras características como su

propia percepción de la situación estresante, su capacidad de afrontamiento o su estilo de personalidad, entre otras, harán que estos sucesos le afecten en mayor o menor medida.

Respecto a la medida relacionada con los sucesos vitales estresantes (SRRS), en nuestro estudio se parte de un nivel de estresores potencialmente elevado. En este sentido Sewitch y colaboradores (Sewitch et al., 2001) realizaron una regresión lineal múltiple y hallaron que el número y el impacto de los sucesos vitales estresantes recientes fueron los mayores factores asociados a los síntomas psicopatológicos en los pacientes con EII. Sin embargo, parece que, por lo general, en cuanto a afectación, los sucesos vitales estresantes, por sí mismos no son suficientes para producir vulnerabilidad frente al desarrollo de la EII (Li, Norgard, Precht, & Olsen, 2004). En cualquier caso, es importante tener en cuenta este factor ya que la probabilidad de enfermar se incrementa al aumentar la medida de este test, tal y como refieren sus autores (Holmes & Rahe, 1967) aunque haya que tener en cuenta también otras medidas de estrés, como “la implicación del estrés diario”, de la que algunos autores informan que tiene una relación significativa entre éste y la experiencia de los síntomas en EII (Garrett, Brantley, Jones, & McKnight, 1991) y “el estrés provocado por la propia enfermedad”, como ya hemos comentado. Finalmente, es importante tener también en cuenta que el paciente con EII tiende a considerar el estrés como una causa muy importante en la exacerbación de sus síntomas e incluso en el origen de su enfermedad (Hart & Kamm, 2002).

En cuanto a la ansiedad y la depresión, también se observa una mejora en los pacientes tras la intervención, en la misma línea que lo encontrado por

otros autores (Cabras et al., 1985; Diaz Sibaja et al., 2007; Kaneko, 2009; Kunsebeck et al., 1987). Sin embargo, Van den Brink y sus colaboradores (van den Brink et al., 2016) encontraron una mayor efectividad del programa de intervención psicológica aplicado a adolescentes con EII en la variable de depresión que en la de ansiedad. Esto puede ser debido, como se explica en el estudio reciente de Micocka y colaboradores a que los síntomas de depresión en estos pacientes pueden ser más estables que los de ansiedad, ya que, en su caso, la ansiedad que presentan es sobre todo situacional. Por ejemplo, la ansiedad aumenta cuando los pacientes no tienen fácil acceso a lugares con baños, en cambio disminuye a niveles normales cuando están en sus casas y tienen controlada esta necesidad (Mikocka-Walus et al., 2016).

En nuestro estudio, el que la mejora en estrés sea significativa en el grupo intervención y el que las variables ansiedad y depresión mejoren no solo en el grupo intervención, sino también en el grupo control, puede estar relacionado con el hecho de que el estrés tiene un componente más cognitivo que la ansiedad y depresión, y también a que el estrés que es una variable más circunstancial, por lo que es más fácil de tratar en el programa. Por otra parte, el programa estaba destinado especialmente a reducir el estrés, que es una variable que se puede trabajar fácilmente en un formato grupal, mientras que la ansiedad y la depresión podrían precisar la combinación de formato individual y grupal en tanto que son patologías clínicas más específicas. En el caso de la mejora en el grupo control de las variables ansiedad y depresión cabría explicarlo porque el propio hecho de ser evaluado podría estar modulando estos resultados, en cuanto que la propia valoración suele actuar como intervención en ocasiones, al sentirse el paciente atendido y escuchado

(teniendo en cuenta que la evaluación es en formato individual). Tal vez en las medidas de seguimiento estos valores en los sujetos de control ya no se mantengan, y esta es una de las líneas futuras que queda pendiente en este estudio.

La relación entre EII y factores psicológicos sigue siendo objeto de estudio para determinar si estos son secundarios a la enfermedad, es decir, si se agravan dependiendo del curso de la enfermedad, o si, por el contrario, son factores que pueden incrementar la aparición de brotes de la enfermedad o su intensidad (Persoons et al., 2005; Simren et al., 2002). En cualquier caso, lo que parece claro es que, sean factores primarios o secundarios a los brotes de actividad, el estrés, la ansiedad y la depresión afectan a la calidad de vida de estos pacientes, independientemente de la gravedad de la enfermedad (Guthrie et al., 2002).

Influencia del programa en la calidad de vida

Con relación a la calidad de vida, los resultados de nuestro estudio indican una mejora significativa, tras la intervención, en la puntuación obtenida en la escala IBDQ. Estos resultados reproducen los obtenidos en otros trabajos recientes (Diaz Sibaja et al., 2007; Mikocka-Walus et al., 2015). En nuestro estudio esta mejora se ve reflejada tanto en la medida total de la CVRS como en las dimensiones social y emocional de este cuestionario. Sería importante comprobar si la mejora de la CVRS está relacionada con la intervención psicológica o con la disminución de brotes. Tal y como hemos visto en otros estudios el factor que parece más importante en la repercusión de la EII sobre

la CVRS es la actividad de la enfermedad, que modifica sustancialmente la percepción de la CVRS (Casellas, Lopez-Vivancos, Badia, Vilaseca, & Malagelada, 2001). Sin embargo, si esto fuera así, en nuestro estudio debería haber aumentado el nivel de CVRS en la dimensión digestiva, en cambio el aumento ha sido significativo en las dimensiones social y emocional, que son sobre las que más influencia puede tener el tratamiento psicológico. Un estudio anterior de Rubin y colaboradores (Rubin et al., 2009) también encontró que los aspectos relacionados con el impacto social y psicológico fueron puntuados de forma más elevada por los pacientes, en comparación con la opinión de los médicos, que pensaban que la dimensión física era la más importante para ellos. Con relación a esto, parece ser que existe una discrepancia entre los síntomas y las limitaciones para llevar una vida normal. Incluso los pacientes sin síntomas, en remisión, informaron en un estudio reciente que la enfermedad les impide llevar una vida normal (Lopez-Sanroman et al., 2017). Una posible explicación a este hallazgo que desvincula calidad de vida y actividad de la enfermedad es que la enfermedad está condicionada por componentes psicológicos ya que impone cambios obligatorios en el estilo de vida incluso en pacientes asintomáticos, lo cual puede comprometer la vida cotidiana que hasta ahora llevaba el paciente. Sin embargo, se requieren estudios adicionales que puedan confirmar esta discrepancia observada.

En cualquier caso, por un lado, la estrecha relación existente entre estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida, hace que la mejora en estos factores psicológicos influya de forma muy notable sobre esta última, y por otro lado el mayor conocimiento de la enfermedad que el programa proporciona debido a su componente psicoeducativo, puede suponer también una mejor

aceptación de los síntomas y sus consecuencias. Un documento de consenso de la European Crohn's Colitis Organization (ECCO) sobre las necesidades de los pacientes con EII con relación a la calidad de la atención, indica que los dos factores más significativos que mejoran drásticamente la CVRS y las relaciones médico-paciente son la educación adecuada y el tratamiento de la ansiedad y depresión simultáneamente (Elkjaer et al., 2008; Lopez-Sanroman et al., 2017). La educación adecuada forma parte del programa de intervención a través de la sesión de psicoeducación, donde además de solucionar cualquier duda sobre la enfermedad, curso y medicación, se tratan también los principales temores que afectan a los pacientes de EII como a sufrir una colostomía y sus consecuencias, temor a sufrir un cáncer de colon u otros relacionados con su vida cotidiana como los posibles cambios en su vida social (temor a salir y no encontrar baños), posibles consecuencias en su vida laboral, en sus relaciones sexuales y, en las mujeres, preocupación por la maternidad.

En cuanto al segundo factor, algunos estudios han sugerido que los altos índices de ansiedad y depresión en pacientes con EII, y su repercusión sobre la calidad de vida, particularmente cuando la enfermedad es recurrente, justifican un enfoque sistémico para el cribado y tratamiento de estas comorbilidades con la derivación a un psicólogo y/o psiquiatra (Mikocka-Walus et al., 2016).

Influencia del programa en cuanto a la actividad y curso de la enfermedad.

Este estudio no puede comprobar de forma fehaciente si la terapia de intervención psicológica influye directamente en la actividad de la enfermedad,

ya que aunque se observa una mejoría en los pacientes con EC tras la intervención, también mejoran los pacientes que no recibieron tratamiento (grupo control) y además, en los pacientes con CU no se observan cambios.

Los resultados respecto a la actividad de la enfermedad nos dan diferente información al haberse tomado distintas medidas de esta variable. Por un lado la puntuación media de actividad en el test CDAI (sujetos con EC) disminuyó significativamente en los sujetos del grupo control. Por otro lado, la puntuación media de la actividad medida con el Score de Mayo (sujetos con CU) no obtuvo variaciones después del tratamiento en ninguno de los grupos. Si observamos la medida de actividad respecto al número de sujetos cuya enfermedad permanecía activa tras el tratamiento, vemos que también este número se reduce de forma significativa en los pacientes con EC, tanto en los controles como en la intervención, no observándose cambio alguno en los pacientes con CU.

Esta falta de cambios en los pacientes con CU puede deberse a que la muestra resultante de pacientes con esta patología quedó bastante reducida respecto a los pacientes con EC (17 en grupo intervención y 23 en grupo control con CU, frente a los 43 en grupo intervención y 37 en grupo control con EC) y a que la medida de la actividad a través del CDAI es mucho más rigurosa y con más ítems de información sobre sintomatología (8 ítems evaluados) que la medida a través del Score de Mayo (3 ítems evaluados) sin endoscopia.

Por otra parte, hemos observado que, al medir la actividad por número de brotes tras el tratamiento, sí que se aprecia una disminución significativa en el grupo intervención respecto al grupo control. Los estudios previos en este

sentido (Jantschek et al., 1998; Mikocka-Walus et al., 2015; Smith et al., 2002; Timmer et al., 2011) indican que es difícil demostrar el efecto de la intervención psicológica sobre una variable tan exigente como es la actividad de la enfermedad y, a su vez, sobre una enfermedad tan influida por causas múltiples como es la EII.

En la misma línea, Wietersheim y Kessler (von Wietersheim & Kessler, 2006) concluyeron que, mientras la intervención psicológica sí parece mejorar los síntomas psicológicos, no tiene ningún impacto en el curso de la enfermedad.

Resultará, por tanto, difícil demostrar que el control del estrés y otras variables psicológicas será suficiente por sí solo para evitar los brotes de actividad de la EII. Hasta la fecha, ningún estudio ha conseguido demostrar que la intervención psicológica disminuya la puntuación en índices clínicos de actividad.

Además de superar las limitación de la muestra final separada por diagnóstico y la del instrumento de medida de la actividad para los pacientes con CU, en un futuro sería interesante llevar a cabo el seguimiento de los pacientes de ambos grupos para ver cómo evoluciona el curso de la enfermedad con el tiempo, comprobar si se mantienen los beneficios observados y comprobar también si las diferencias entre ambos grupo se acrecientan o no. Es posible que, con el tiempo, si los pacientes siguen practicando las técnicas aprendidas en el programa, podrá producirse alguna mejora en la actividad de la enfermedad y podrán observarse diferencias respecto al grupo no tratado (grupo control).

Influencia del programa en las estrategias de afrontamiento

Con respecto a las estrategias de afrontamiento el resultado de la intervención ha resultado positivo, ya que los pacientes han modificado aquellas estrategias que resultan menos adaptativas como son *auto-focalización negativa* y *expresión emocional abierta*, cuyas puntuaciones han disminuido y la estrategia *evitación*, cuyas puntuaciones han aumentado. Aunque originariamente en este cuestionario (Sandín & Chorot, 2003) las estrategias basadas en la evitación se asocian negativamente con la salud o tipos saludables, hay que aclarar que en el caso de la EII, los ítems relacionados con estrategias de evitación son: concentrarse en otras cosas, volcarse en el trabajo o en otras actividades, salir para olvidarse del problema, practicar deporte para olvidar, tratar de olvidarse de todo. Todas ellas, exceptuando el ítem: “tratar de olvidarse de todo”, son conductas que se deben estimular en estos pacientes que se fomentan en el programa de intervención, con el fin de que el paciente no se aíse, disminuya su tendencia a la pasividad e intente hacer una vida lo más normal posible.

Crane y Martin (Crane & Martin, 2004) evaluaron las estrategias de afrontamiento del estrés en personas con EII y hallaron que se producía una mayor utilización de las estrategias pasivas-negativas y emocionales de afrontamiento y que estas se asociaban con altos niveles de ansiedad y depresión.

En nuestro estudio, las puntuaciones medias basales en el estilo auto-focalización negativa del grupo intervención eran significativamente superiores a las puntuaciones medias basales del grupo control en esta misma variable.

Sin embargo, en la evaluación post-intervención, esta medida disminuyó de forma significativa en el grupo intervención. Por tanto, si la asociación entre ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento estuviera en la línea que indican Crane y Martin, con la intervención estaríamos influyendo también en estos factores a través de este cambio en afrontamiento. Este podría ser, como indicamos en la introducción, un mecanismo a través del cual el comportamiento (variable modificable), podría influir en la calidad de vida y en las variables psicológicas en estos pacientes.

Aunque hay estudios que relacionan la religión como estrategia positiva en estos pacientes (Freitas, Hyphantis, et al., 2015), en nuestro estudio no hemos observado ningún dato relevante respecto a esto y, por otra parte, esta estrategia es la que obtuvo puntuaciones medias más bajas, tanto en controles como en intervención.

En general, de los estudios referidos a estrategias de afrontamiento, se extrae la necesidad de potenciar o dotar a estos pacientes a través de la intervención terapéutica, de estrategias de afrontamiento positivas que les permitan empoderarse y adaptarse de forma activa a su enfermedad con el fin de conseguir una calidad de vida óptima.

Influencia del programa en la adhesión a la medicación

En cuanto a la adhesión terapéutica, no se observó mejora en esta variable. Nuestro estudio confirma, por tanto, lo observado en otros estudios, en los que se constata que la EII es una enfermedad cuyos pacientes incurren

en incumplimiento terapéutico habitualmente, siendo la falta de adhesión terapéutica una limitación importante para el tratamiento de estos pacientes.

Así, vemos como la EII es una condición clínica con un alto riesgo de falta de adhesión terapéutica (Robinson, 2008; Sewitch et al., 2003) y además esta falta de adhesión a la terapia es prevalente entre los pacientes con esta patología (García-Vega et al., 1994; Lopez San Roman et al., 2005).

Casellas y su grupo refieren como posibles causas de incumplimiento terapéutico la falta de concienciación del paciente al no tener síntomas, la mala comunicación en cuanto al nivel de información recibida o en cuanto a la correcta comprensión de las instrucciones, el desconocimiento de las consecuencias de la falta de adhesión, el temor a los posibles efectos adversos de este tipo de medicación y también a las afecciones psicológicas como pueden ser la ansiedad, la depresión y el estrés (Casellas, Marín-Jiménez, Borrueal, & Riestra, 2016).

Tal vez un programa de intervención de mayor duración incluyendo sesiones específicas para trabajar sobre los factores referidos por estos autores podrían producir mejoras también en esta variable, ya que la adhesión terapéutica es un aspecto clave en la determinación de la eficacia de un tratamiento farmacológico (Kane et al., 2003; Sewitch et al., 2003). Además, al igual que se ha comprobado en otras patologías crónicas, como hemos visto en la introducción, si con la intervención psicológica se consiguiera una mejora en esta variable, probablemente, iría unido a una considerable disminución del gasto en conceptos como ingresos hospitalarios (la falta de adhesión puede condicionar hasta un tercio de los ingresos), pruebas complementarias, visitas

médicas y cambio de fármacos ante la falta de conocimiento real de la eficacia de los prescritos inicialmente (Fuster, 2012).

Patrones de personalidad en pacientes con EII

En nuestros resultados se observa una mayor frecuencia del patrón de personalidad compulsivo, en la misma línea de otros estudios, (Gili & Bauza, 2009; Helzer et al., 1982; Kunsebeck et al., 1987; Sheffield & Carney, 1976). Este patrón de personalidad está caracterizado por una preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo y el control, a expensas de la flexibilidad y la apertura.

En cuanto a los estudios que señalan el neuroticismo y la alexitimia como rasgos más comunes asociados a la EII (Moreno-Jimenez et al., 2007; Robertson et al., 1989), cabe resaltar que el neuroticismo puede correlacionarse con los trastornos que tradicionalmente se denominaban de tipo neurótico, como son el obsesivo compulsivo, el histriónico, el somatomorfo y los trastornos de ansiedad. Nuestro estudio, por tanto, también confirmaría los resultados de estos estudios previos ya que las puntuaciones más elevadas después del trastorno de la personalidad compulsivo se dieron en el trastorno histriónico de la personalidad y en el narcisista, destacando el síndrome de ansiedad en la categoría de síndromes clínicos. En el Inspire Study (Boye et al., 2008), se destaca el neuroticismo como rasgo en estos pacientes, relacionándolo con factores genéticos, pero también influenciado por factores somáticos, asociándolo con una mayor vulnerabilidad ante factores vitales estresantes.

En cualquier caso, estos resultados deben tomarse con prudencia dado que el instrumento utilizado (el cuestionario de Millon) tiende a elevar las escalas de compulsivo, histriónico y narcisista cuando el resto de escalas se encuentran en valores próximos a la normalidad (Millon & Davis, 1997).

Según nuestras conclusiones y los estudios previos, sería interesante seguir analizando la posible relación entre patrones de personalidad o psicopatologías y la respuesta ante la enfermedad en pacientes con EII.

En cualquier caso, es importante saber que la atribución que hace la persona sobre las causas de la enfermedad es muy importante para el tratamiento y afrontamiento de la misma, motivo por el cual es esencial que las personas con EII entiendan qué es el estrés y cómo pueden manejarlo de forma efectiva para que les afecte lo menos posible y mejoren su calidad de vida.

Todo ello confirma la necesidad de abordar esta enfermedad desde una perspectiva multidisciplinar donde se incluya la terapia psicológica adecuada que permita a estos pacientes adaptarse mejor a la enfermedad y controlar aquellas variables que podrían estar influenciando en el curso y exacerbaciones de la EII y de lo que no cabe duda es que esta intervención les proporcionaría mayor bienestar general y mayor índice de calidad de vida percibida.

6.2 Limitaciones del estudio

El estudio objeto de esta tesis doctoral presenta algunas limitaciones.

Una de ellas estaría relacionada con las características de los pacientes incluidos finalmente en el ensayo clínico, ya que la asistencia al programa de intervención estaba condicionada por la disponibilidad de los pacientes, lo que podría condicionar teóricamente un sesgo de selección. Es posible que accedieran a participar aquellos que en el momento de llamarles pudieran presentar un mayor nivel de alteración emocional y por ello buscaran la posibilidad de tratamiento en este sentido. Sin embargo, no hemos observado diferencias en las características sociodemográficas, clínicas o psicológicas entre los pacientes excluidos del estudio y los que finalmente participaron en el ensayo clínico, lo que minimiza este posible sesgo.

Otra potencial limitación sería el hecho de que no fue posible ajustar el momento de la evaluación post-intervención de igual manera en los grupos intervención y control. Debido a problemas de disponibilidad, los pacientes del grupo control no siempre podían acudir a la valoración post-intervención cuando se les requería y había que esperar a un momento que les fuera propicio atendiendo a condicionantes personales o laborales. En cualquier caso, pese a que hay diferencias en el tiempo transcurrido entre las evaluaciones en el grupo control e intervención, estas no llegan a alcanzar significación estadística.

Finalmente, otro posible sesgo podría venir dado porque la recogida de algunos datos, como el número de brotes, fueron auto-reportados por los pacientes. Aunque esta forma de recogida de datos puede adolecer de algunas limitaciones a la hora de evaluar la variable medida y, claramente, no es una fuente perfecta de información, por otro lado resulta también relevante el hecho de que se trate de un “patient reported outcome” (PRO), lo que le confiere un

alto valor desde el punto de vista del paciente. No obstante, la tendencia de pacientes similares a interpretar las preguntas de manera diferente, el efecto de los estados afectivos en la medida de las variables y el esfuerzo de los pacientes por simular ciertas falsas apariencias e impresiones, reducen la potencial precisión de estos métodos. Sin embargo, un instrumento auto-reportado que esté construido de acuerdo con técnicas de validación aceptadas debe soslayar al máximo esta limitación.

6.3 Líneas de trabajo futuras

Respecto a las líneas de investigación futura, plateamos la necesidad de que se realicen más estudios experimentales con el objetivo de seguir analizando la influencia del estrés y otros factores psicológicos en la EII, poder diseñar el tratamiento psicológico cada vez más específico para estos pacientes, poder contribuir a la mejora de sus síntomas, tanto psicológicos como físicos, y tal vez influir, a su vez, en la actividad y curso de la enfermedad.

Para ello creemos muy interesantes las siguientes líneas de trabajo:

- 1 Completar el estudio con los seguimientos de los pacientes (tanto del grupo control como grupo intervención) a los 6 y 12 meses de haber recibido el tratamiento para ver si se mantienen o no los beneficios obtenidos con el programa de intervención y si hay cambios en algún resultado

- 2 Añadir al programa algún módulo más específico, dirigido a los factores mencionados anteriormente que pueden afectar directamente a la adhesión a

la medicación con el fin de observar si con ello se produce una mejora en esta variable.

3 Comprobar si existe correlación entre las variables de estrés y la activación de la respuesta inflamatoria sistémica en estos pacientes.

4 Valorar el efecto que puede tener en el programa añadir alguna sesión de intervención individual, complementaria al mismo, donde se tratara la problemática específica de cada paciente, posiblemente de este modo se podrían observar cambios también en las variables ansiedad y depresión.

5 Replicar los resultados obtenidos en estudios posteriores con tamaño muestral mayor y muestras multicéntricas.



6.4 Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio permiten sugerir la importancia de estudios que establezcan los factores psicológicos, el estilo de vida y el comportamiento de los sujetos, que relacionen todas estas características con el inicio y/o agravamiento de la sintomatología y con todo ello establecer un protocolo de cuidados multidisciplinar más eficaz de la enfermedad.

Así podemos establecer las siguientes conclusiones generales, con el deseo de contribuir a la reflexión y el avance en este campo

- 1- La adición de un programa de intervención psicológica cognitivo conductual multicomponente grupal (TCCMG) al tratamiento habitual, mejora el estrés en pacientes con EII.
- 2- El programa de intervención mejora los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con EII, aunque en este caso no se observan diferencias con el grupo control.
- 3- La TCCMG mejora la calidad de vida de los pacientes con EII. Esta mejora se aprecia principalmente en las dimensiones de calidad de vida emocional y social.
- 4- La TCCMG puede contribuir a una mejora en el curso y evolución de la EII.
- 5- La TCCMG produce cambios más adaptativos en los estilos de afrontamiento de los pacientes con EII.
- 6- La TCCMG tal y como está planteada en este estudio, no produce cambios en la adhesión a la medicación en pacientes con EII.

- 7- Los patrones de personalidad que presentaron mayor frecuencia los pacientes con EII fueron, en primer lugar el patrón de personalidad compulsivo; seguido con menor frecuencia, del histriónico, el narcisista y evitativo. En cuanto a síndromes, el más frecuente fue el de ansiedad.





7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alrubaiy, L., Rikaby, I., Dodds, P., Hutchings, H. A., & Williams, J. G. (2015). Systematic review of health-related quality of life measures for inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*, 9(3), 284-292. doi:10.1093/ecco-jcc/jjv002
- Alvarez-Ude, F., Fernandez-Reyes, M. J., Vazquez, A., Mon, C., Sanchez, R., & Rebollo, P. (2001). [Physical symptoms and emotional disorders in patient on a periodic hemodialysis program]. *Nefrologia*, 21(2), 191-199.
- Andrews, H., Barczak, P., & Allan, R. N. (1987). Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 28(12), 1600-1604.
- Barlow, C., Cooke, D., Mulligan, K., Beck, E., & Newman, S. (2010). A critical review of self-management and educational interventions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Nurs*, 33(1), 11-18. doi:10.1097/SGA.0b013e3181ca03cc
- Beltran, B., Martinez-Cuesta, M. A., Calatayud, S., Hinojosa, J., & Esplugues, J. V. (1997). [Pharmacological bases of therapy with 5-ASA]. *Gastroenterol Hepatol*, 20(6), 322-334.
- BenDebba, M., Torgerson, W. S., & Long, D. M. (1997). Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain*, 72(1-2), 115-125.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Pollard, W. E., Martin, D. P., & Gilson, B. S. (1976). The sickness impact profile: validation of a health status measure. *Med Care*, 14(1), 57-67.
- Bermejo, F., Lopez-San Roman, A., Algaba, A., Guerra, I., Valer, P., Garcia-Garzon, S., . . . Rodriguez-Agullo, J. L. (2010). Factors that modify

- therapy adherence in patients with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*, 4(4), 422-426. doi:10.1016/j.crohns.2010.01.005
- Bernardini, J. (2004). Ethical issues of compliance/adherence in the treatment of hypertension. *Adv Chronic Kidney Dis*, 11(2), 222-227.
- Best, W. R., Becketl, J. M., Singleton, J. W., & Kern, F., Jr. (1976). Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. *Gastroenterology*, 70(3), 439-444.
- Blanchard, E. B. (2001). *Irritable Bowel Syndrome: Psychosocial Assessment and Treatment*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Cogn Behav Pract*, 17(1), 102-113. doi:10.1016/j.cbpra.2009.09.003
- Bonaz, B. L., & Bernstein, C. N. (2013). Brain-gut interactions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 144(1), 36-49. doi:10.1053/j.gastro.2012.10.003
- Borgaonkar, M. R., & Irvine, E. J. (2000). Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut*, 47(3), 444-454.
- Borgaonkar, M. R., Townson, G., Donnelly, M., & Irvine, E. J. (2002). Providing disease-related information worsens health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 8(4), 264-269.
- Boye, B., Jahnsen, J., Mogleby, K., Leganger, S., Jantschek, G., Jantschek, I., . . . Lundin, K. E. (2008). The INSPIRE study: are different personality traits related to disease-specific quality of life (IBDQ) in distressed

- patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? *Inflamm Bowel Dis*, 14(5), 680-686. doi:10.1002/ibd.20367
- Boye, B., Lundin, K. E., Jantschek, G., Leganger, S., Mogleby, K., Tangen, T., . . . Jahnsen, J. (2011). INSPIRE study: does stress management improve the course of inflammatory bowel disease and disease-specific quality of life in distressed patients with ulcerative colitis or Crohn's disease? A randomized controlled trial. *Inflamm Bowel Dis*, 17(9), 1863-1873. doi:10.1002/ibd.21575
- Bregenzer, N., Lange, A., Furst, A., Gross, V., Scholmerich, J., & Andus, T. (2005). Patient education in inflammatory bowel disease does not influence patients knowledge and long-term psychosocial well-being. *Z Gastroenterol*, 43(4), 367-371. doi:10.1055/s-2004-813867
- Cabras, P. L., La Malfa, G. P., & Giovannini, F. (1985). Applicazione del training autogeno alle psicosomatosi gastrointestinali. *Medicina Psicosomatica*, 30, 315-329.
- Cantero, C. T., Marcos, Y. Q., & Jover, M. V. P. (2014). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud*: Ediciones Pirámide.
- Casati, J., & Toner, B. B. (2000). Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Biomed Pharmacother*, 54(7), 388-393. doi:10.1016/S0753-3322(01)80006-8
- Casellas, F., Lopez Vivancos, J., & Malagela, J. R. (2003). Previous experience and quality of life in patients with inflammatory bowel disease during relapse. *Rev Esp Enferm Dig*, 95(7), 476-479, 471-475.
- Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X., Vilaseca, J., & Malagelada, J. R. (2000). Impact of surgery for Crohn's disease on health-related quality of

- life. *Am J Gastroenterol*, 95(1), 177-182. doi:10.1111/j.1572-0241.2000.01681.x
- Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X., Vilaseca, J., & Malagelada, J. R. (2001). Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 13(5), 567-572.
- Casellas, F., Marín-Jiménez, I., Borrueal, N., & Riestra, S. (2016). Colitis ulcerosa en remisión: mejora de la adhesión terapéutica desde una perspectiva multidisciplinar. *Enfermedad inflamatoria intestinal al día*, 15(2), 37-43.
- Cohen, A. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Lawrence Erlbaum, . Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Colon, A. L., Madrigal, J. L., Menchen, L. A., Moro, M. A., Lizasoain, I., Lorenzo, P., & Leza, J. C. (2004). Stress increases susceptibility to oxidative/nitrosative mucosal damage in an experimental model of colitis in rats. *Dig Dis Sci*, 49(10), 1713-1721.
- Conthe, P., & Márquez-Contreras, E. (2012). Documento de consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectiva de futuro.
- Cramér, H. (1947). *Mathematical methods of statistics*.

- Crane, C., & Martin, M. (2004). Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(1), 50-58.
- D'Haens, G., Sandborn, W. J., Feagan, B. G., Geboes, K., Hanauer, S. B., Irvine, E. J., . . . Sutherland, L. R. (2007). A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 132(2), 763-786. doi:10.1053/j.gastro.2006.12.038
- de Rivera, J. G., Revuelta, J. L., & Morera Fumero, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11.
- Deter, H. C., Keller, W., von Wietersheim, J., Jantschek, G., Duchmann, R., Zeitz, M., & German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn's, D. (2007). Psychological treatment may reduce the need for healthcare in patients with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*, 13(6), 745-752. doi:10.1002/ibd.20068
- Díaz Sibaja, M. A., Comeche Moreno, M. I., & Mas Hesse, B. (2007). [Protocolized cognitive-behavioural group therapy for inflammatory bowel disease]. *Rev Esp Enferm Dig*, 99(10), 593-598.
- Díaz-Sibaja, M. A., Comeche-Moreno, M. I., Mas-Hesse, B., Díaz-García, M., & Vallejo-Pareja, M. A. (2008). Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento. *Apuntes de Psicología*, 26(1), 91-102.
- Elkjaer, M., Moser, G., Reinisch, W., Durovicova, D., Lukas, M., Vucelic, B., . . . Munkholm, P. (2008). IBD patients need in health quality of care ECCO

- consensus. *J Crohns Colitis*, 2(2), 181-188.
doi:10.1016/j.crohns.2008.02.001
- Elliott, T. R., Jackson, W. T., Layfield, M., & Kendall, D. (1996). Personality disorders and response to outpatient treatment of chronic pain. *J Clin Psychol Med Settings*, 3(3), 219-234. doi:10.1007/BF01993908
- Elsenbruch, S., Langhorst, J., Popkirowa, K., Müller, T., Luedtke, R., & Franken, U., ... & Schedlowski, M. (2005). Elsenbruch, S., Langhorst, J., Popkirowa, K., Müller, T., Luedtke, R., Franken, U., ... & Schedlowski, M. *Psychotherapy and psychosomatics*, 277-287.
- Emami, M. H., Gholamrezaei, A., & Daneshgar, H. (2009). Hypnotherapy as an adjuvant for the management of inflammatory bowel disease: a case report. *Am J Clin Hypn*, 51(3), 255-262.
doi:10.1080/00029157.2009.10401675
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5), 535-544. doi:10.1176/ajp.137.5.535
- Ferrier, L., Mazelin, L., Cenac, N., Desreumaux, P., Janin, A., Emilie, D., . . . Bueno, L. (2003). Stress-induced disruption of colonic epithelial barrier: role of interferon-gamma and myosin light chain kinase in mice. *Gastroenterology*, 125(3), 795-804.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 50(5), 992-1003.
- Freitas, T. H., Andreoulakis, E., Alves, G. S., Miranda, H. L., Braga, L. L., Hyphantis, T., & Carvalho, A. F. (2015). Associations of sense of coherence with psychological distress and quality of life in inflammatory

- bowel disease. *World J Gastroenterol*, 21(21), 6713-6727.
doi:10.3748/wjg.v21.i21.6713
- Freitas, T. H., Hyphantis, T. N., Andreoulakis, E., Quevedo, J., Miranda, H. L., Alves, G. S., . . . Carvalho, A. F. (2015). Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. *Rev Bras Psiquiatr*, 37(3), 219-227.
doi:10.1590/1516-4446-2014-1507
- Frijters, P., Johnston, D. W., & Shields, M. A. (2011). Life satisfaction dynamics with quartelylife event data. *Scand J Econ*, 113(3), 190-211.
- Fuller-Thomson, E., & Sulman, J. (2006). Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm Bowel Dis*, 12(8), 697-707.
- Fuster, V. (2012). [An alarming threat to secondary prevention: low compliance (lifestyle) and poor adherence (drugs)]. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 65 Suppl 2, 10-16. doi:10.1016/j.recesp.2012.07.005
- Garcia-Reyes Ramos, M., Lopez-Torres Hidalgo, J., Ramos Garcia, E., Alcarria Rozalen, A., Fernandez Olano, C., & Lopez Verdejo, M. A. (2002). [Therapeutic compliance in patients with cardiovascular diseases]. *Med Clin (Barc)*, 118(10), 371-375.
- Garcia-Vega, E., & Fernandez-Rodriguez, C. (2004). A stress management programme for Crohn's disease. *Behav Res Ther*, 42(4), 367-383.
doi:10.1016/S0005-7967(03)00146-3
- García-Vega, E., Fernández-Rodríguez, C., & Sánchez-Lombraña, J. (1994). Perfil comportamental del paciente con enfermedad de Crohn. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 86, 791.

- Garrett, V. D., Brantley, P. J., Jones, G. N., & McKnight, G. T. (1991). The relation between daily stress and Crohn's disease. *J Behav Med*, *14*(1), 87-96.
- Gili, M., & Bauza, N. (2009). [Quality of life and personality in inflammatory bowel disease]. *Gastroenterol Hepatol*, *32 Suppl 2*, 3-8. doi:10.1016/S0210-5705(09)72598-1
- Gomez-Gil, E., Vidal, A., Panes, J., Jaen, J., Peri, J. M., Fernandez-Egea, E., & Pique, J. M. (2003). [Relationship between patient's subjective stress perception and the course of inflammatory bowel disease]. *Gastroenterol Hepatol*, *26*(7), 411-416.
- Goodhand, J. R., Wahed, M., Mawdsley, J. E., Farmer, A. D., Aziz, Q., & Rampton, D. S. (2012). Mood disorders in inflammatory bowel disease: relation to diagnosis, disease activity, perceived stress, and other factors. *Inflamm Bowel Dis*, *18*(12), 2301-2309. doi:10.1002/ibd.22916
- Goodhand, J. R., Wahed, M., & Rampton, D. S. (2009). Management of stress in inflammatory bowel disease: a therapeutic option? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, *3*(6), 661-679. doi:10.1586/egh.09.55
- Graff, L. A., Walker, J. R., & Bernstein, C. N. (2009). Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis*, *15*(7), 1105-1118. doi:10.1002/ibd.20873
- Guthrie, E., Jackson, J., Shaffer, J., Thompson, D., Tomenson, B., & Creed, F. (2002). Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*, *97*(8), 1994-1999. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05842.x

- Guyatt, G., Mitchell, A., Irvine, E. J., Singer, J., Williams, N., Goodacre, R., & Tompkins, C. (1989). A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, *96*(3), 804-810.
- Hart, A., & Kamm, M. A. (2002). Review article: mechanisms of initiation and perpetuation of gut inflammation by stress. *Aliment Pharmacol Ther*, *16*(12), 2017-2028.
- Hauser, W., Moser, G., Klose, P., & Mikocka-Walus, A. (2014). Psychosocial issues in evidence-based guidelines on inflammatory bowel diseases: a review. *World J Gastroenterol*, *20*(13), 3663-3671. doi:10.3748/wjg.v20.i13.3663
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance with health care*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Helzer, J. E., Stillings, W. A., Chammas, S., Norland, C. C., & Alpers, D. H. (1982). A controlled study of the association between ulcerative colitis and psychiatric diagnoses. *Dig Dis Sci*, *27*(6), 513-518.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, *11*(2), 213-218.
- Hornquist, J. O. (1990). Quality of life: concept and assessment. *Scand J Soc Med*, *18*(1), 69-79.
- Jacobs, N., Kenis, G., Peeters, F., Derom, C., Vlietinck, R., & van Os, J. (2006). Stress-related negative affectivity and genetically altered serotonin transporter function: evidence of synergism in shaping risk of depression. *Arch Gen Psychiatry*, *63*(9), 989-996. doi:10.1001/archpsyc.63.9.989
- Jantschek, G., Zeitz, M., Pritsch, M., Wirsching, M., Klor, H. U., Studt, H. H., . . . Keller, W. (1998). Effect of psychotherapy on the course of Crohn's

- disease. Results of the German prospective multicenter psychotherapy treatment study on Crohn's disease. German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn's Disease. *Scand J Gastroenterol*, 33(12), 1289-1296.
- Joachim, G. (1983). The effects of two stress management techniques on feelings of well-being in patients with inflammatory bowel disease. *Nurs Pap*, 15(4), 5-18.
- Jorgensen, J., & Mortensen, P. B. (2001). Substrate utilization by intestinal mucosal tissue strips from patients with inflammatory bowel disease. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 281(2), G405-411.
- Kane, S., Huo, D., Aikens, J., & Hanauer, S. (2003). Medication nonadherence and the outcomes of patients with quiescent ulcerative colitis. *Am J Med*, 114(1), 39-43.
- Kaneko, M. (2009). Psychiatric Liaison Nursing Intervention Method for Stress Management: Relaxation and Cognitive Behavioral Therapy in Inflammatory Bowel Disease Patients. *J Jpn Acad Nurs Sci*, 29, 76-84.
- Kawahito, Y., Sano, H., Mukai, S., Asai, K., Kimura, S., Yamamura, Y., . . . Kondo, M. (1995). Corticotropin releasing hormone in colonic mucosa in patients with ulcerative colitis. *Gut*, 37(4), 544-551.
- Keefer, L., & Keshavarzian, A. (2007). Feasibility and acceptability of gut-directed hypnosis on inflammatory bowel disease: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn*, 55(4), 457-466. doi:10.1080/00207140701506565
- Kim, Y. K., Suh, I. B., Kim, H., Han, C. S., Lim, C. S., Choi, S. H., & Licinio, J. (2002). The plasma levels of interleukin-12 in schizophrenia, major

- depression, and bipolar mania: effects of psychotropic drugs. *Mol Psychiatry*, 7(10), 1107-1114. doi:10.1038/sj.mp.4001084
- Knowles, S. R., & Mickocka-Walus, A. (2014). *Psychological Aspects of Inflammatory Bowel Disease: A Biopsychosocial Approach*. Routledge.
- Knowles, S. R., Monshat, K., & Castle, D. J. (2013). The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: a review. *Inflamm Bowel Dis*, 19(12), 2704-2715. doi:10.1097/MIB.0b013e318296ae5a
- Kobasa, S. C. (1979). Personality and resistance to illness. *Am J Community Psychol*, 7(4), 413-423.
- Koot, H. M., & Bouman, N. H. (1999). Potential uses for quality-of-life measures in childhood inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 28(4), S56-61.
- Kunsebeck, H. W., Freyberguer, L. W., & Kurz, H. (1987). *Langzeiteffekte Ergänzender Spezialisierung und integration in psychosomatik und psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Kurina, L. M., Goldacre, M. J., Yeates, D., & Gill, L. E. (2001). Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health*, 55(10), 716-720.
- Langhorst, J., Mueller, T., Luedtke, R., Franken, U., Paul, A., & Michalsen, A., ... & Elsenbruch, S. (2007). Effects of a comprehensive lifestyle modification program on quality-of-life in patients with ulcerative colitis: a twelve-month follow-up. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 734-745.

-
- Larsson, K., Sundberg Hjelm, M., Karlbom, U., Nordin, K., Anderberg, U. M., & Loof, L. (2003). A group-based patient education programme for high-anxiety patients with Crohn disease or ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol*, 38(7), 763-769.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.
- Lee, W. C., Balu, S., Cobden, D., Joshi, A. V., & Pashos, C. L. (2006). Prevalence and economic consequences of medication adherence in diabetes: a systematic literature review. *Manag Care Interface*, 19(7), 31-41.
- Levy, R. L., & Feld, A. D. (1999). Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. *Am J Gastroenterol*, 94(7), 1733-1742. doi:10.1111/j.1572-0241.1999.01200.x
- Li, J., Norgard, B., Precht, D. H., & Olsen, J. (2004). Psychological stress and inflammatory bowel disease: a follow-up study in parents who lost a child in Denmark. *Am J Gastroenterol*, 99(6), 1129-1133. doi:10.1111/j.1572-0241.2004.04155.x
- Lopez San Roman, A., Bermejo, F., Carrera, E., Perez-Abad, M., & Boixeda, D. (2005). Adherence to treatment in inflammatory bowel disease. *Rev Esp Enferm Dig*, 97(4), 249-257.
- Lopez-Sanroman, A., Carpio, D., Calvet, X., Romero, C., Cea-Calvo, L., Julia, B., & Arguelles-Arias, F. (2017). Perceived Emotional and Psychological Impact of Ulcerative Colitis on Outpatients in Spain: UC-LIFE Survey. *Dig Dis Sci*, 62(1), 207-216. doi:10.1007/s10620-016-4363-3

- Mardini, H. E., Kip, K. E., & Wilson, J. W. (2004). Crohn's disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. *Dig Dis Sci*, *49*(3), 492-497.
- Martinez, E. P., Gonzalez, S. T., Vicente, M. M., van-der Hofstadt, C. J., & Rodriguez-Marin, J. (2013). Psychopathology in a sample of candidate patients for bariatric surgery. *Int J Psychiatry Clin Pract*, *17*(3), 197-205. doi:10.3109/13651501.2012.704383
- Masachs, M., Casellas, F., & Malagelada, J. R. (2007). [Spanish translation, adaptation, and validation of the 32-item questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease(IBDQ-32)]. *Rev Esp Enferm Dig*, *99*(9), 511-519.
- Maunder, R. (2000). Mediators of stress effects in inflammatory bowel disease: not the usual suspects. *J Psychosom Res*, *48*(6), 569-577.
- Maunder, R. G., & Esplen, M. J. (2001). Supportive-expressive group psychotherapy for persons with inflammatory bowel disease. *Can J Psychiatry*, *46*(7), 622-626. doi:10.1177/070674370104600706
- Mawdsley, J. E., & Rampton, D. S. (2005). Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, *54*(10), 1481-1491. doi:10.1136/gut.2005.064261
- Mayberry, J. F., & Rhodes, J. (1984). Epidemiological aspects of Crohn's disease: a review of the literature. *Gut*, *25*(8), 886-899.
- McCombie, A., Geary, R., Andrews, J., Mulder, R., & Mikocka-Walus, A. (2016). Does Computerized Cognitive Behavioral Therapy Help People with Inflammatory Bowel Disease? A Randomized Controlled Trial. *Inflamm Bowel Dis*, *22*(1), 171-181. doi:10.1097/MIB.0000000000000567

- Mikocka-Walus, A., Bampton, P., Hetzel, D., Hughes, P., Esterman, A., & Andrews, J. M. (2015). Cognitive-behavioural therapy has no effect on disease activity but improves quality of life in subgroups of patients with inflammatory bowel disease: a pilot randomised controlled trial. *BMC Gastroenterol*, *15*, 54. doi:10.1186/s12876-015-0278-2
- Mikocka-Walus, A., Pittet, V., Rossel, J. B., von Kanel, R., & Swiss, I. B. D. C. S. G. (2016). Symptoms of Depression and Anxiety Are Independently Associated With Clinical Recurrence of Inflammatory Bowel Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, *14*(6), 829-835 e821. doi:10.1016/j.cgh.2015.12.045
- Miller, V., & Whorwell, P. J. (2008). Treatment of inflammatory bowel disease: a role for hypnotherapy? *Int J Clin Exp Hypn*, *56*(3), 306-317. doi:10.1080/00207140802041884
- Millon, T., & Davis, R. D. (1997). *MCMI-III Manual*.: National Computer Systems.
- Millon, T., & Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders. A personality psychotherapy approach*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.
- Mitchell, A., Guyatt, G., Singer, J., Irvine, E. J., Goodacre, R., Tompkins, C., . . . Wagner, F. (1988). Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol*, *10*(3), 306-310.
- Mittermaier, C., Dejaco, C., Waldhoer, T., Oefflerbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., . . . Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med*, *66*(1), 79-84.

-
- Molodecky, N. A., Soon, I. S., Rabi, D. M., Ghali, W. A., Ferris, M., Chernoff, G., . . . Kaplan, G. G. (2012). Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*, *142*(1), 46-54 e42; quiz e30. doi:10.1053/j.gastro.2011.10.001
- Moreno-Jimenez, B., Lopez Blanco, B., Rodriguez-Munoz, A., & Garrosa Hernandez, E. (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res*, *62*(1), 39-46. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.07.026
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, *24*(1), 67-74.
- Moser, G., Tillinger, W., Sachs, G., Genser, D., Maier-Dobersberger, T., Spiess, K., . . . Gangl, A. (1995). Disease-related worries and concerns: a study on out-patients with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, *7*(9), 853-858.
- Moskovitz, D. N., Maunder, R. G., Cohen, Z., McLeod, R. S., & MacRae, H. (2000). Coping behavior and social support contribute independently to quality of life after surgery for inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum*, *43*(4), 517-521.
- Mussell, M., Bocker, U., Nagel, N., Olbrich, R., & Singer, M. V. (2003). Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. *Scand J Gastroenterol*, *38*(7), 755-762.

- Nahon, S., Lahmek, P., Durance, C., Olympie, A., Lesgourgues, B., Colombel, J. F., & Gendre, J. P. (2012). Risk factors of anxiety and depression in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 18(11), 2086-2091. doi:10.1002/ibd.22888
- Neilson, K., Ftanou, M., Monshat, K., Salzberg, M., Bell, S., Kamm, M. A., . . . Castle, D. (2016). A Controlled Study of a Group Mindfulness Intervention for Individuals Living With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*, 22(3), 694-701. doi:10.1097/MIB.0000000000000629
- Newport, D. J., Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (2002). Parental depression: animal models of an adverse life event. *Am J Psychiatry*, 159(8), 1265-1283. doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1265
- North, C. S., Alpers, D. H., Helzer, J. E., Spitznagel, E. L., & Clouse, R. E. (1991). Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. *Ann Intern Med*, 114(5), 381-386.
- O'Connor, J. F., Daniels, G., Karush, A., Moses, L., Flood, C., & Stern, L. O. (1964). The Effects of Psychotherapy on the Course of Ulcerative Colitis-a Preliminary Report. *Am J Psychiatry*, 120, 738-742. doi:10.1176/ajp.120.8.738
- Organization, W. H. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.*: Organización Mundial de la Salud.
- Persoons, P., Vermeire, S., Demyttenaere, K., Fischler, B., Vandenberghe, J., Van Oudenhove, L., . . . Rutgeerts, P. (2005). The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Aliment Pharmacol Ther*, 22(2), 101-110. doi:10.1111/j.1365-2036.2005.02535.x

-
- Pfeiffer, C. J., Qiu, B., & Lam, S. K. (2001). Reduction of colonic mucus by repeated short-term stress enhances experimental colitis in rats. *J Physiol Paris*, 95(1-6), 81-87.
- Pineiro, F., Gil, V., Donis, M., Orozco, D., Pastor, R., & Merino, J. (1998). [Relationship between medical treatment compliance and the degree of control in patients with high blood pressure, non-insulin dependent diabetes mellitus and dyslipidemia]. *Med Clin (Barc)*, 111(15), 565-567.
- Pizzi, L. T., Weston, C. M., Goldfarb, N. I., Moretti, D., Cobb, N., Howell, J. B., . . . Cohen, S. (2006). Impact of chronic conditions on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 12(1), 47-52.
- Ramirez-Maestre, C., Lopez Martinez, A. E., & Zarazaga, R. E. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *J Behav Med*, 27(2), 147-165.
- Reigada, L. C., Hoogendoorn, C. J., Walsh, L. C., Lai, J., Szigethy, E., Cohen, B. H., . . . Benkov, K. J. (2015). Anxiety symptoms and disease severity in children and adolescents with Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 60(1), 30-35. doi:10.1097/MPG.0000000000000552
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9, 86-93.
- Robertson, D. A., Ray, J., Diamond, I., & Edwards, J. G. (1989). Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 30(5), 623-626.

- Robinson, A. (2008). Review article: improving adherence to medication in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 27 Suppl 1, 9-14. doi:10.1111/j.1365-2036.2008.03604.x
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Rubin, D. T., Siegel, C. A., Kane, S. V., Binion, D. G., Panaccione, R., Dubinsky, M. C., . . . Hopper, J. (2009). Impact of ulcerative colitis from patients' and physicians' perspectives: Results from the UC: NORMAL survey. *Inflamm Bowel Dis*, 15(4), 581-588. doi:10.1002/ibd.20793
- S Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15, 143-152.
- Sainsbury, A., & Heatley, R. V. (2005). Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 21(5), 499-508. doi:10.1111/j.1365-2036.2005.02380.x
- Sajadinejad, M. S., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M., & Adibi, P. (2012). Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. *Gastroenterol Res Pract*, 2012, 106502. doi:10.1155/2012/106502
- Sandborn, W. J., Feagan, B. G., Hanauer, S. B., Lochs, H., Lofberg, R., Modigliani, R., . . . Sutherland, L. R. (2002). A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease. *Gastroenterology*, 122(2), 512-530.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 81(1), 39-53.

- Schleifer, S. J., Keller, S. E., & Bartlett, J. A. (2002). Panic disorder and immunity: few effects on circulating lymphocytes, mitogen response, and NK cell activity. *Brain Behav Immun*, *16*(6), 698-705.
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2004). How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*, *164*(7), 722-732. doi:10.1001/archinte.164.7.722
- Schwarz, M. J., Chiang, S., Muller, N., & Ackenheil, M. (2001). T-helper-1 and T-helper-2 responses in psychiatric disorders. *Brain Behav Immun*, *15*(4), 340-370. doi:10.1006/brbi.2001.0647
- Schwarz, S. P., & Blanchard, E. B. (1991). Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther*, *29*(2), 167-177.
- Sewitch, M. J., Abrahamowicz, M., Barkun, A., Bitton, A., Wild, G. E., Cohen, A., & Dobkin, P. L. (2003). Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*, *98*(7), 1535-1544. doi:10.1111/j.1572-0241.2003.07522.x
- Sewitch, M. J., Abrahamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G. E., Cohen, A., . . . Dobkin, P. L. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*, *96*(5), 1470-1479. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.03800.x
- Sheffield, B. F., & Carney, M. W. (1976). Crohn's disease: a psychosomatic illness? *Br J Psychiatry*, *128*, 446-450.
- Simren, M., Axelsson, J., Gillberg, R., Abrahamsson, H., Svedlund, J., & Bjornsson, E. S. (2002). Quality of life in inflammatory bowel disease in

- remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *Am J Gastroenterol*, 97(2), 389-396. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05475.x
- Smith, G. D., Watson, R., Roger, D., McRorie, E., Hurst, N., Luman, W., & Palmer, K. R. (2002). Impact of a nurse-led counselling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *J Adv Nurs*, 38(2), 152-160.
- Smolen, D. M., & Topp, R. (1998). Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being. *Gastroenterol Nurs*, 21(3), 112-118.
- Soderholm, J. D., & Perdue, M. H. (2001). Stress and gastrointestinal tract. II. Stress and intestinal barrier function. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 280(1), G7-G13.
- Stout, C., & Snyder, R. L. (1969). Ulcerative colitis-like lesion in Siamang gibbons. *Gastroenterology*, 57(3), 256-261.
- Suarez-Cuba, M. A. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, 16, 58-62.
- Szigethy, E., Bujoreanu, S. I., Youk, A. O., Weisz, J., Benhayon, D., Fairclough, D., . . . DeMaso, D. R. (2014). Randomized efficacy trial of two psychotherapies for depression in youth with inflammatory bowel disease. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53(7), 726-735. doi:10.1016/j.jaac.2014.04.014
- Timmer, A., Preiss, J. C., Motschall, E., Rucker, G., Jantschek, G., & Moser, G. (2011). Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel

- disease. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD006913.
doi:10.1002/14651858.CD006913.pub2
- Tobón, S., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Sandín, B., & Núñez-Rojas, A. C. (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(2).
doi:<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.1207>
- Triantafyllidis, J. K., & Gikas, A. (2013). Over-time changes of Helicobacter pylori infection rate in patients with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*, 7(8), 681. doi:10.1016/j.crohns.2013.01.007
- Urquhart, J. (1999). Pharmacoeconomic consequences of variable patient compliance with prescribed drug regimens. *Pharmacoeconomics*, 15(3), 217-228.
- van den Brink, G., Stapersma, L., El Marroun, H., Henrichs, J., Szigethy, E. M., Utens, E. M., & Escher, J. C. (2016). Effectiveness of disease-specific cognitive-behavioural therapy on depression, anxiety, quality of life and the clinical course of disease in adolescents with inflammatory bowel disease: study protocol of a multicentre randomised controlled trial (HAPPY-IBD). *BMJ Open Gastroenterol*, 3(1), e000071.
doi:10.1136/bmjgast-2015-000071
- van-der Hofstad, C.J. (2013). *Guía práctica de relajación progresiva*.
<http://editorialumhes/2013/07/24/guia-practica-de-relajacion-progresiva/>.
- van-der Hofstadt, C. J., Quiles, M. J., & Quiles, Y. (2008). Aprenda a relajarse fácilmente.
- van-der Hofstadt, C. J., Rodriguez-Marin, J., Martinez-Zaragoza, F., & de Santiago-Guervos, C. (2013). Individual differences in personality profiles

- among potential living kidney transplant donors. *Colomb Med (Cali)*, 44(4), 213-217.
- Vavricka, S. R., Schoepfer, A., Scharl, M., Lakatos, P. L., Navarini, A., & Rogler, G. (2015). Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*, 21(8), 1982-1992. doi:10.1097/MIB.0000000000000392
- Vidal, A., Gomez-Gil, E., Sans, M., Portella, M. J., Salamero, M., Pique, J. M., & Panes, J. (2006). Life events and inflammatory bowel disease relapse: a prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol*, 101(4), 775-781. doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00476.x
- von Wietersheim, J., & Kessler, H. (2006). Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: a review. *Inflamm Bowel Dis*, 12(12), 1175-1184. doi:10.1097/01.mib.0000236925.87502.e0
- Walker, E. A., Gelfand, M. D., Gelfand, A. N., Creed, F., & Katon, W. J. (1996). The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry*, 18(4), 220-229.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1992). On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *J Pers*, 60(2), 441-476.
- Wiebe, D. J., & McCallum, D. M. (1986). Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychol*, 5(5), 425-438.
- Wood, M. W., Segal, J. A., Mark, R. J., Ogden, A. M., & Felder, C. C. (2000). Inflammatory cytokines enhance muscarinic-mediated arachidonic acid

- release through p38 mitogen-activated protein kinase in A2058 cells. *J Neurochem*, 74(5), 2033-2040.
- Yacavone, R. F., Locke, G. R., 3rd, Provenzale, D. T., & Eisen, G. M. (2001). Quality of life measurement in gastroenterology: what is available? *Am J Gastroenterol*, 96(2), 285-297. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.03509.x
- Zambrano-Guerrero, C. A., Caicedo-Padilla, D. A., & Matabanchoy-Tulcán, S. M. (2015). Revisión sistemática sobre el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). *Revista Universidad y Salud*, 17(2), 246-261.
- Ziemssen, T., & Kern, S. (2007). Psychoneuroimmunology--cross-talk between the immune and nervous systems. *J Neurol*, 254 Suppl 2, I18-11. doi:10.1007/s00415-007-2003-8
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.



8. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra total

Tabla 2. Estudio descriptivo de las variables clínicas de la muestra total

Tabla 3. Estudio descriptivo de medicación de la muestra total

Tabla 4. Estudio descriptivo de las variables psicológicas de la muestra total

Tabla 5. Estrategias de afrontamiento del estrés de la muestra total

Tabla 6. Calidad de vida de la muestra total

Tabla 7. Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas por diagnóstico (EC y CU)

Tabla 8. Estudio descriptivo de las variables clínicas según diagnóstico (EC y CU)

Tabla 9. Estudio descriptivo de la medicación según diagnóstico (EC y CU)

Tabla 10. Estudio descriptivo de las variables psicológicas de la muestra según diagnóstico (EC y CU)

Tabla 11. Estrategias de afrontamiento del estrés según diagnóstico (EC y CU)

Tabla 12. Calidad de vida de la muestra separada por diagnóstico (EC y CU)

Tabla 13. Prevalencia de patrones de personalidad por categorías diagnósticas

Tabla 14. Prevalencia de síndromes clínicos por categorías diagnósticas

Tabla 15. Prevalencia de patrones de personalidad por categorías diagnósticas separados por diagnóstico (EC y CU)

Tabla 16. Prevalencia de Síndromes Clínicos por categorías diagnósticas separados por diagnóstico (EC y CU)

Tabla 17. Prevalencia de Diagnósticos de Psicopatología

Tabla 18. Prevalencia de diagnóstico de psicopatología separado por diagnóstico (EC y CU)

Tabla 19. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra participante en programa completo

Tabla 20. Variables clínicas de la muestra participante en programa completo

Tabla 21. Medicación de la muestra participante en el programa completo

Tabla 22. Variables psicológicas de la muestra participante en el programa completo **Tabla 23.** Estrategias de afrontamiento del estrés de la muestra participante en programa completo

Tabla 24. Calidad de vida de la muestra participante en el programa completo

Tabla 25. Diferencias entre muestra participante en programa completo y muestra excluida

Tabla 26. Resultados basales grupos control e intervención. Variables sociodemográficas

Tabla 27. Resultados basales grupo control e intervención. Variables clínicas

Tabla 28. Medicación basal grupo control e intervención

Tabla 29. Resultados basales grupo control e intervención. Variables psicológicas

Tabla 30. Resultados basales grupo control e intervención. Estrategias de afrontamiento

Tabla 31. Resultados basales grupo control e intervención. Calidad de vida

Tabla 32. Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en las variables psicológicas

Tabla 33. Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en la calidad de vida

Tabla 34. Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en estrategias de afrontamiento

Tabla 35. Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en actividad de la enfermedad

Tabla 36. Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en sujetos que presentan actividad

Tabla 37. Eficacia del programa de intervención psicológica grupal en actividad medida por nº medio de brotes y nº de pacientes con brote en medición post-tratamiento

Tabla 38. Eficacia del programa intervención psicológica grupal en adhesión tratamiento

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Diferencias entre CU y EC según síntomas clínicos
- Figura 2.** Diferencias estructurales entre CU y EC.
- Figura 3.** Factores que pueden afectar a la evolución de la EII
- Figura 4.** El estrés como proceso
- Figura 5.** El estrés como causa de enfermedad
- Figura 6.** Dimensiones relacionadas con la adhesión terapéutica
- Figura 7.** Factores que influyen en la adhesión terapéutica
- Figura 8.** Factores que afectan a la calidad de vida en EII
- Figura 9.** Funciones que afectan a la calidad de vida.
- Figura 10.** Comparativa de distintos estudios que utilizan intervención psicológica en pacientes con EII
- Figura 11.** Requerimientos que debe cumplir toda intervención psicológica
- Figura 12.** Diagrama de flujo de los pacientes reclutados en el estudio
- Figura 13.** Esquema del programa de intervención
- Figura 14.** Diagrama de flujo de los pacientes a lo largo del estudio
- Figura 15.** Prevalencia de patrones de personalidad por categorías diagnósticas
- Figura 16.** Prevalencia de síndromes clínicos por categorías diagnósticas

Figura 17. Eficacia del programa en la variable estrés percibido por la enfermedad (EAE)

Figura 18. Eficacia del programa en la variable estrés percibido general (PSS)

Figura 19. Eficacia del programa en ansiedad y depresión (HAD)

Figura 20. Eficacia del programa en calidad de vida (IBDQ)

Figura 21. Eficacia del programa en estrategias de afrontamiento (CAE)

Figura 22. Eficacia del programa en actividad de la enfermedad (EC)

Figura 23. Eficacia del programa en actividad de la enfermedad (CU)





9. ANEXOS

ANEXO I



**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS
(C.R.D.)**

Grupo cognitivo conductual Enfermedad Inflamatoria Intestinal

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Título del estudio:

**REPERCUSION DEL ESTRES Y DE LOS PERFILES DE PERSONALIDAD
EN EL DESARROLLO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EII**

Nº Paciente:

Código del estudio: PSI-EII-09/2013

Versión: V1-06/11/2013

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR ESTE CUADERNILLO

- Por favor, rellene con bolígrafo negro para facilitar la realización de fotocopias.
- Como nombre del paciente y/o sujeto, solamente deben figurar las tres iniciales
- En la parte inferior de cada hoja debe figurar la firma del investigador.
- Cada vez que se realice una corrección se debe poner la fecha y las iniciales del investigador que la realiza.
- Por favor, compruebe que las hojas de recogida de datos están completas y firmadas.
- La información contenida en este cuadernillo es confidencial.

CÓDIGO PACIENTE:

FECHA:

SEXO: H/M EDAD: ESTADO CIVIL: C/S/V/D ESTUDIOS: N/P/SE/SU

PROFESION:

SITUACION LABORAL:

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD

DIAGNOSTICO: CROHN /COLITIS ULCEROSA

EDAD/DIAG.:

TIEMPO TRANSCURRIDO D/D:

CIRUGÍA: SI/NO

NÚMERO DE BROTES:

TRATAMIENTO:

ADHESION (test de Morisky-Green):

1)Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su problema. Sí o no

2)Toma los medicamentos a las horas indicadas. Si o no

3)Cuando se encuentra mejor, deja de tomar la medicación. Sí o no

4)Si alguna vez le sienta mal la medicación, deja de tomarla. Sí o no

ANTIBIOTICOS (EXCEPTUANDO LOS INDICADOS PARA EII):

OTRAS ENFERMEDADES:

PSICOPATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS:

TRATAMIENTO:

HABITO TABAQUICO:

CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS:

CDAI (ÍNDICE DE BEST)

Días	1	2	3	4	5	6	7	Suma x F = Subtotal
1. N° heces líquidas o muy blandas (7días)								x 2 =
2. Dolor Abdominal (7 días)								x 5 =
(0=no;1=leve;2=moderado;3=grave)								
3. Estado general (7días)								x 7 =
(0= bueno; 1=regular; 2=malo;3=muy malo; 4=terrible)								
4. Número de las siguientes manifestaciones clínicas:								x 20 =
(Artritis; Eritema nodoso; pioderma; aftas; Iritis/luvedetis; Fisura/fistulas, Abscesos; fiebre(>38))								
5. Tomando antidiarreicos (0=no;1=si)								x 30=
6. Masa abdominal (0=no;1=duda;2=si)								x 10=
7. Hematocrito (H-47%;M-42%) Valor actual								x 6=
8. Peso corporal altura Peso estandar % por debajo								x 1=
Altura:								total CDAI =

CDAI<150= no activo;/150-219=brote leve; 220-450=brote moderado

Código Paciente:

Fecha:

**CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO DE SITUACIONES ESTRESANTES
(SRRS)**

- La muerte del cónyuge: 100
- Divorcio: 73
- Separación del cónyuge: 65
- Privación de libertad: 63
- Muerte de una persona cercana o familiar: 63
- Enfermedad o incapacidad grave: 53
- Matrimonio: 50
- Perder el empleo: 47
- Reconciliación con el cónyuge: 45
- Jubilación 45
- Enfermedad de un ser querido o familiar: 44
- Embarazo: 44
- Disfunciones sexuales, problemas en el trabajo: 39
- Incorporación de un nuevo miembro en la familia: 39
- Cambio brusco de la situación financiera: 38
- Muerte de un amigo: 37
- Cambio radical: 36
- Mayores conflictos familiares: 35
- Deudas: 30
- Reubicación en el centro laboral: 29
- Un hijo deja la casa familiar: 29
- Relaciones conflictivas con los suegros: 29
- El cónyuge empieza a trabajar o deja de trabajar: 26
- Los hijos empiezan o terminan la escuela: 26
- Cambios de las condiciones de vida: 25
- Cambio de las costumbres personales: 24
- Conflictos con el jefe: 23
- Cambio de domicilio: 20
- Cambios en el horario o en las condiciones de trabajo: 20
- Cambiar de escuela: 20
- Modificaciones del tiempo libre: 19
- Cambio en las convicciones religiosas: 19
- Cambios en la actividad social: 18
- Cambios de los hábitos de sueño o descanso: 15
- Cambio en la frecuencia de reuniones familiares: 15
- Vacaciones: 13
- Navidad: 12
- Problemas legales menores como multas o sanciones: 11
- Identifique otras situaciones que hayan provocado un estado de estrés y evalúe su puntaje de acuerdo a la escala que acabamos de presentar. Añada este puntuación al total obtenido.

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS)

PRE / POST

Código paciente:

Fecha:

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A Menudo	Muy A menudo
1-Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2-¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?					
3-¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
*4-¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
*5-¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?					
*6-¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?					
*7-¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
8-¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todo lo que tenía que hacer?					
*9-¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?					
*10-¿Con qué frecuencia se ha sentido con el control de todo?					
11-¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas estaban fuera de su control?					
12-¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?					
*13-¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?					
14-¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					
	0	1	2	3	4

REFERIDO AL ÚLTIMO MES

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)**PRE / POST****Código paciente :****Fecha:**

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Piense en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [*aproximadamente durante el pasado año*].

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentement e	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado *habitualmente* ante situaciones de estrés?

Item	1	2	3	4	5
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4. Descargué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7. Asistí a la Iglesia					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10. Intenté sacar algo positivo del problema					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para					

olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
	1	2	3	4	5
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema					
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase					
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25. Agredí a algunas personas					
26. Procuré no pensar en el problema					
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»					
32. Me irrité con alguna gente					
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					

35. Recé					
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos					
40. Intenté olvidarme de todo					
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos					
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar					

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentement e	Casi siempre



HAD: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Esta prueba está dirigida a determinar cómo te has sentido en la ÚLTIMA SEMANA aunque las preguntas están formuladas en presente. Debes elegir una de las cuatro posibilidades a la pregunta realizada, rodeando con un círculo la respuesta que elijas.

1. Me siento tenso o nervioso (A)
 - (0) Nunca
 - (1) A veces
 - (2) Muchas veces
 - (3) Todos los días

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba (D)
 - (0) Como siempre
 - (1) No lo bastante
 - (2) Sólo un poco
 - (3) Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder (A)
 - (0) Nada
 - (1) Un poco, pero no me preocupa
 - (2) Sí, pero no es muy fuerte
 - (3) Definitivamente, y es muy fuerte

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (D)
 - (0) Al igual que siempre lo hice
 - (1) No tanto ahora
 - (2) Casi nunca
 - (3) Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones (A)

- (0) Sólo en ocasiones
- (1) A veces, aunque no muy a menudo
- (2) Con bastante frecuencia, aunque no todos los días
- (3) La mayoría de las veces

6. Me siento alegre (D)

- (0) Casi siempre
- (1) A veces
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado (A)

- (0) Siempre
- (1) Por lo general
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento (D)

- (0) Nunca
- (1) A veces
- (2) Muy a menudo
- (3) Por lo general, en todo momento

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago (A)

- (0) Nunca
- (1) En ciertas ocasiones
- (2) Con bastante frecuencia
- (3) Muy a menudo

-
10. He perdido mi interés por mi aspecto personal (D)
- (0) Me preocupo al igual que siempre
 - (1) Podría tener un poco más cuidado
 - (2) No me preocupo tanto como debiera
 - (3) Totalmente
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme (A)
- (0) Nunca
 - (1) No mucho
 - (2) Bastante
 - (3) Mucho
12. Me siento optimista respecto al futuro (D)
- (0) Igual que siempre
 - (1) Menos de lo que acostumbraba
 - (2) Mucho menos de lo que acostumbraba
 - (3) Nada
13. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión (D)
- (0) A menudo
 - (1) A veces
 - (2) No muy a menudo
 - (3) Rara vez



Calidad de vida en EII (IBDQ-32)

PRE / POST

Código Paciente :

Fecha:

MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE CORRESPONDE MÁS EXACTAMENTE CON SU SITUACIÓN DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

1. ¿Con qué frecuencia ha ido de vientre durante las últimas dos semanas?

- 1. Más frecuentemente que nunca
- 2. Extremada frecuencia
- 3. Con mucha frecuencia
- 4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación
- 5. Ligero aumento de la frecuencia de defecación
- 6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación
- 7. Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de defecación

2. ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o de cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido frustrado, impaciente o inquieto a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

4. ¿Con qué frecuencia se ha visto incapacitado para ir a estudiar o al trabajo a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

5. ¿Durante cuánto tiempo en las últimas dos semanas ha tenido diarrea?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca



6. ¿Cuánta energía ha tenido durante las últimas dos semanas?

- 1. Ninguna energía
- 2. Muy poca energía
- 3. Poca energía
- 4. Cierta energía
- 5. Bastante energía
- 6. Mucha energía
- 7. Rebosante de energía

7. ¿Con qué frecuencia ha estado preocupado ante la posibilidad de tener que operarse por su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

8. ¿Con qué frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

9. ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

10. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

11. ¿Con que frecuencia ha estado preocupado por temor a no encontrar un lavabo cerca durante las últimas dos semanas?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

-
- 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca

12. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en las actividades de ocio o deportes que le hubiera gustado hacer durante las últimas dos semanas?

- 1. Muchísima dificultad; imposible hacer actividades
- 2. Mucha dificultad
- 3. Bastante dificultad
- 4. Algo de dificultad
- 5. Un poco de dificultad
- 6. Apenas ninguna dificultad
- 7. Ninguna dificultad; mi problema intestinal no ha limitado mis actividades de ocio ni deportivas

13. ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor abdominal durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

14. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas porque se ha despertado por la noche durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca



15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

16. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido que dejar de asistir a actos sociales porque no había un lavabo cerca?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

17. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?

- 1. Un gran problema
- 2. Un problema importante
- 3. Bastante problemático
- 4. Algo problemático
- 5. Muy poco problemático
- 6. Casi ningún problema
- 7. Ningún problema

18. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema durante las últimas dos semanas el mantener o llegar al peso que a Vd. Le gustaría?

- 1. Un gran problema
- 2. Un problema importante
- 3. Bastante problemático
- 4. Algo problemático
- 5. Muy poco problemático

6. Casi ningún problema

7. Ningún problema

19. Muchos pacientes con un problema intestinal tienen frecuentes preocupaciones y angustias a causa de su enfermedad. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido preocupado o angustiado por llegar a tener cáncer, o por pensar que nunca más volvería a encontrarse bien, o por tener una recaída?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

20. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido una sensación de hinchazón abdominal?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

21. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido relajado y libre de tensión?

1. Nunca

2. Casi nunca

3. Pocas veces

4. A veces

5. Bastantes veces

6. Casi siempre

7. Siempre



22. ¿Cuántas veces durante las últimas dos semanas ha tenido problemas de sangrar al ir de vientre?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

23. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido avergonzado en público por olores desagradables o ruidos causados por su problema intestinal?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

24. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido ganas de ir al lavabo sin realmente hacer de vientre?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

25. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, lloroso o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

26. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha manchado accidentalmente su ropa interior?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca

27. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido enfadado a causa de su problema intestinal?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

4. A veces

5. Pocas veces

6. Casi nunca

7. Nunca



28. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto su problema intestinal ha sido un problema para sus relaciones sexuales?

1. Un gran problema

2. Un problema importante

3. Bastante problemático

4. Algo problemático

5. Muy poco problemático

6. Casi ningún problema

7. Ningún problema

29. ¿Con qué frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Bastantes veces

-
- 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca

30. ¿Con qué frecuencia se ha sentido de mal humor durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

31. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido incomprendido por los demás?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca



32. ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?

- 1. Muy insatisfecho, infeliz
- 2. Bastante insatisfecho, infeliz
- 3. Algo insatisfecho, descontento
- 4. Algo satisfecho, contento
- 5. Bastante satisfecho, contento
- 6. Muy satisfecho, feliz
- 7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz

Índice de Mayo sin endoscopia (índice de actividad en CU)

Código paciente:

Fecha:

Parámetro Puntos Subtotal:

1. Frecuencia de deposiciones =

Normal para el paciente = 0

1-2 más que lo habitual = 1

3-4 más que lo habitual = 2

> 5 más de lo habitual = 3

2. Hemorragia rectal =

Ninguna = 0

Algunas trazas de sangre = 1

Sangre evidente en la mayoría de las deposiciones = 2

Solo sangre = 3

3. Evaluación global del médico

Normal = 0

Enfermedad leve = 1

Enfermedad moderada = 2

Enfermedad grave = 3

Valoración global del índice de Mayo.

	Síntomas	Endoscopia	Médico	Suma
Leve	1-3	1	1	3 a 5
Moderado	3-6	1-2	2	6 a 10
Grave	> 6	> 2	3	> 10

Sin endoscopia

Leve 2-4; Moderado 5-8; Grave >8

ESCALA DE APRECIACION DEL ESTRÉS RELACIONADO CON
LA ENFERMEDAD (EAE)

PRE / POST

Código paciente: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

En esta escala le pedimos que valore en qué grado las frases descritas abajo se pueden aplicar a su problema de enfermedad. De cada una de la siguientes frases debe elegir entre un grado de «Completamente de acuerdo» hasta «Completamente en desacuerdo» y marcarlo en la casilla correspondiente y señalarlo con una «X».

«En general, el problema de mi enfermedad es de tal tipo que...»

	Completamente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Completament en desacuerdo
1. Puedo cambiarlo o hacer algo acerca de él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Impide que haga lo que deseo hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es muy importante para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo algún control sobre él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estará resuelto en un año.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pienso a menudo sobre él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siempre será un problema en mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es muy amenazante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es sólo un asunto temporal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Afecta a toda mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Requerirá sacrificios importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CUADERNILLO

MCMIII - III

INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON-III

INSTRUCCIONES

- 1 Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
- 2 Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- 3 Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
- 4 No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 5 A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si **ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase **NO REFLEJA NI CARACTERIZA** su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** de la letra «F» (Falso). Así:

1	Soy un ser humano	1.	V	F
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como esta frase es verdadera para Vd. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).

2	Mido más de tres metros	2.	V	F
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

- 6 Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
- 7 Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- 8 No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.



Autor: Theodore Millon.

Adaptación española: Violeta Cardenal y M^a Pilar Sánchez.

Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.

Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

MCMII-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJIAL DE MILLON-III

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

3

MCMI-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAL DE MILLON-III

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

MCMII-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJIAL DE MILLON-III

- 74 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
- 81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
- 84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
- 85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
- 87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.
- 89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
- 93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
- 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
- 98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
- 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
- 101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
- 102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
- 104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
- 105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
- 106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
- 107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

5

MCMII-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAL DE MILLON-III

- 109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

MCMII-III. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-III

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
- 166 Casi siempre actué rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

**FIN DE LA PRUEBA.
COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.**



HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "X" la respuesta (V = Verdadero; F = Falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

PEARSON

PsychCorp



ANEXO II

**HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

Grupo Enfermedad Inflamatoria Intestinal



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: REPERCUSION DEL ESTRES Y PERFILES DE PERSONALIDAD EN EL DESARROLLO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

CÓDIGO DEL ESTUDIO: PSI-EII-09/ 2013

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio se realizará por la Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica en colaboración con el Servicio de Digestivo del Hospital General Universitario de Alicante. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital General Universitario de Alicante, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El estudio para el que solicitamos su colaboración tiene como objetivo evaluar el papel del estrés en la enfermedad inflamatoria intestinal así como las características psicológicas y calidad de vida de estos pacientes.

Para ello se asignarán al azar los pacientes evaluados para formar un grupo experimental y uno de control. El programa de intervención psicológica que se realizará al grupo experimental consistirá en 10 sesiones de periodicidad semanal con una duración de hora y media en las que se instruirá y entrenará a los pacientes sobre distintas técnicas de manejo del estrés para su afrontamiento activo (relajación, pensamientos automáticos, solución de problemas, entre otras).

Los pacientes del grupo de control serán invitados a participar posteriormente en el programa de intervención si este hubiera demostrado su eficacia y los pacientes así lo requiriesen.

Lo que le pedimos es autorización para poder utilizar los resultados de los

cuestionarios y test que miden diversas variables psicológicas (niveles de estrés, de depresión, de ansiedad, perfiles de personalidad) y de calidad de vida, que se pasan en diferentes momentos del proceso (en la valoración inicial previa a la formación de los grupos, en situación de brote de la enfermedad, al final del Programa y en el seguimiento, a los 3, 12 y 24 meses), de cara a poder describir y comparar posteriormente los resultados obtenidos. En cada uno de los momentos indicados, el tiempo necesario para la cumplimentación de las pruebas será, aproximadamente de una hora.

El estudio se realizará con los pacientes que participen en el programa, tanto como grupo experimental como grupo de control, con un número máximo de 220 sujetos.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Los beneficios consistirán en un mayor y mejor conocimiento de aspectos psicológicos de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal así como en una posible mejora de las competencias del paciente respecto al manejo del estrés producido por la propia enfermedad u otras situaciones potencialmente estresantes, mejora de la sintomatología y en general de la situación clínica de los pacientes.

Por la participación en el estudio no puede presentarse ningún tipo de riesgo en la salud del paciente.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al profesional del estudio.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el facultativo del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona.

El acceso a su información personal quedará restringido al facultativo del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de la Investigación del Hospital General Universitario de Alicante y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto y tampoco se le abonará ninguna cantidad.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del

estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Código del estudio: PSI-EII-09/2013

Yo (nombre y apellidos) _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado

con: _____

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera.
- 2) Sin tener que dar explicaciones.
- 3) Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha: