



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA  
GENERALSANITARIA**

CURSO 2017-2018



Trabajo Fin de Máster

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA SOBRE EL ESTRÉS EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Autor/a: Natalia Buades Ayala

Tutor/a: Purificación Bernabeu Juan

Co-tutor: Carlos J. van-der Hofstadt Román

*Convocatoria: febrero 2018*



## **RESUMEN**

**Introducción:** La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se define como una serie de trastornos crónicos que están caracterizados por la inflamación de las paredes del tracto gastrointestinal. Es una enfermedad que engloba la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn. Su etiología multifactorial abarca factores genéticos, inmunológicos y ambientales.

**Objetivo principal:** Evaluar la efectividad de un programa de intervención psicológica sobre el estrés en la EII y comprobar su relación con la evolución de la calidad de vida y la evolución de la enfermedad.

**Metodología:** Estudio experimental prospectivo con un grupo de intervención con medidas pre y post tratamiento. El estudio consta de dos fases. Una fase pre, donde se evaluaron variables de estrés y calidad de vida y una fase post donde se midieron de nuevo estas variables al finalizar la intervención para comprobar si el programa produjo cambios significativos, comparándose los resultados con la evaluación inicial.

**Resultados:** Participaron en el estudio 8 pacientes. Al comparar las medidas pre y post de los pacientes se encontró una mejora en las variables estrés (EAE) y (PSS), ansiedad y depresión (HAD) y la calidad de vida (IBD-Q) al finalizar la intervención.

**Conclusión:** La intervención psicológica en pacientes con EII puede mejorar los niveles de estrés y ansiedad y así mejorar la calidad de vida.

**Palabras clave:** Enfermedad, inflamatoria, intestinal, Crohn, Colitis, Ulcerosa, estrés, calidad de vida.

## SUMMARY

**Introduction:** The inflammatory bowel disease is defined as a series of chronic disorders that are characterized by the inflammation of the walls of the gastrointestinal tract. It is a disease that includes the Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. Its multifactorial etiology includes genetic, immunological and environmental factors.

**Main objective:** To evaluate the efficiency of a program of psychological intervention on the stress in the Inflammatory Bowel Disease and to verify the relation with the evolution of the quality of life and the diseasecourse.

**Methodology:** Experimental prospective study with a group of intervention with measures pre and post treatment. The study consists of two phases. A first phase pre where there are evaluated variables of stress and quality of life and a post phase were measure these variables up again to verify if the program had produced significant changes, the results being compared with the initial evaluation.

**Results:**8 patients participated in the study. When comparing the pre and post measures of the patients, an improvement was found in the variables stress (EAE) and (PSS), anxiety and depression (HAD) and quality of life (IBD-Q) at the end of the intervention.

**Conclusion:**The psychological intervention in patients with IBD can improve the levels of stress and anxiety and thus improve the quality of life.

**Keywords:** Inflammatory, bowel, disease, Crohn's, Ulcerative, Colitis, stress, quality, life.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se define como una serie de trastornos crónicos que están caracterizados por la inflamación de las paredes del tracto gastrointestinal. Es una enfermedad que engloba la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC). Su etiología es multifactorial y abarca factores genéticos, inmunológicos y ambientales (Mateu, Mascarós, Rivero, Villanueva, Roncero, Carrió, Gil y Escudero, 2017; Abraham y Chon, 2009).

La CU se caracteriza por la inflamación o ulceración que empieza en el recto o colon sigmoideo y se extiende de forma total o parcial por el intestino grueso. En cambio, la EC consiste en un proceso inflamatorio no específico, de evolución crónica, que puede afectar a todo el tracto digestivo, desde la boca hasta el ano, aunque es frecuente su localización en el íleon y en el intestino grueso. Los síntomas más característicos de ambos son: dolor abdominal, diarrea, hemorragia rectal, fiebre, malestar general, cansancio, pérdida del apetito, debilidad, anemia y pérdida de peso (González, 2016).

Por otro lado, el curso de esta enfermedad está caracterizado por episodios de recidivas y remisión, cuya alternancia es prácticamente impredecible. Aunque no tiene un tratamiento curativo es posible suprimir la inflamación de manera efectiva y lograr curar las lesiones mucosas mediante el tratamiento médico en gran parte de los pacientes. Cuando el tratamiento médico falla los enfermos pueden que necesiten intervención quirúrgica (García, 2016).

Hay autores que defienden que las EII se deben a factores biológicos (Mendeloff, Monk y Siegal, 1970; Cantor, 1984), aunque otros investigadores más

recientes han conseguido relacionar esta enfermedad con factores psicológicos (Vallejo, 2008).

En la actualidad, la teoría más aceptada respalda que la EII se debe a un funcionamiento deficitario del sistema inmunológico, causado por la combinación de diferentes factores: genéticos, inmunológicos y medioambientales (Pecasse, 2001; González y cols., 2003).

Por tanto, según el estudio llevado a cabo por Vallejo (2008), la mayoría de los autores coinciden en atribuir una etiología multifactorial a esta enfermedad. El modelo biopsicosocial defiende que en la aparición y desarrollo de la EII intervienen tanto los factores biológicos como los psicosociales. Además, estos factores psicosociales predicen por delante de los síntomas físicos (Drossman, Lesrmen y Mitchell, 1991).

Es por esto que, en la actualidad ha aumentado el interés por estudiar estos factores relacionados con la EII debido a su influencia en el pronóstico y en la evolución de la enfermedad. Estos desempeñan un papel importante en el bienestar general de los pacientes.

Drossman (1991) fue de los primeros autores en llevar a cabo un modelo biopsicosocial en la EII. Desde entonces, cada vez más estudios apoyan esta idea.

Muchos de los estudios recientes muestran la necesidad de un enfoque multidimensional para el manejo y el tratamiento de las implicaciones físicas, psicológicas y sociales de la EII (Camacho, 2009).

Así, se han llevado a cabo estudios que demuestran que los pacientes afectados por esta enfermedad presentan una mayor tasa de alteraciones psicopatológicas que la población normal, predominantemente ansiedad y depresión

(Simren, Axelsson, Gillberg, Abrahamsson, Svedlund, Bjornsson, 2002). Estos datos llevan a la conclusión de que los trastornos emocionales podrían ser secundarios a la enfermedad física (Kurina, Goldacre, Yeates y Gill, 2001; Persoons y cols., 2005).

Por un lado, se ha despertado un gran interés en el estudio del estrés en la EII, ya que se ha evidenciado una asociación a una mayor vulnerabilidad de enfermar, y también por el hecho de que esta enfermedad es un suceso en sí que genera un elevado estrés. En este aspecto, según Levenstein y cols. (1994), además de los sucesos objetivos, en esta enfermedad influye también la forma como se perciban tales sucesos estresante, ya que según diversos estudios llevados a cabo se descubrió que la percepción de los sucesos vitales se asociaba a una inflamación rectal en personas con EII asintomáticas.

Además de estos sucesos vitales estresantes, se ha encontrado una relación entre el estrés diario y la presencia de síntomas (a mayor estrés diario, mayor incremento de los síntomas) (Tobón, Vinaccia, Quicen, Sandín y Núñez, 2007).

Debido a que la reacción emocional más frecuente ante el estrés es la ansiedad, se considera una de las emociones más interesantes a estudiar en el ámbito de la salud y de este tipo de enfermedades por su influencia en el sistema autónomo y somático (Camacho, 2009).

Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud también despierta un gran interés en el ámbito de estudio de las enfermedades crónicas, debido a su implicación en el bienestar psicológico del paciente. Este concepto hace referencia al impacto que tiene la enfermedad en todas las dimensiones de la vida de una persona (Camacho, 2009).

En definitiva, según Camacho (2009), se especula sobre la posibilidad de una influencia mutua entre los trastornos psicológicos y el curso de la EII. De esta forma, las alteraciones emocionales pueden predisponer a las personas a padecer la enfermedad y, al mismo tiempo, la enfermedad puede influir en la aparición de trastornos psicológicos.

Debido a esta relación, algunos autores han desarrollado e implementado programas de intervención psicológicos. El objetivo principal se basa en enseñar a los pacientes diferentes estrategias de afrontamiento efectivas, que les permita solucionar los trastornos psicológicos asociados, mejorar la calidad de vida y afrontar de manera más eficaz las demandas de la enfermedad (Díaz, Comeche y Mas, 2007; Bernabeu, 2017).

Tal y como se refleja en la literatura, los programas de intervención psicológica generan un gran interés en el estudio de la EII. Es por eso que en el presente trabajo se ha querido comprobar la efectividad de un programa de intervención psicológica en estos pacientes.

Como objetivo principal del estudio se ha pretendido comprobar la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual grupal sobre técnicas para el manejo del estrés en pacientes que padecen EII y observar su relación con la calidad de vida y la evolución de la enfermedad de estos pacientes.

Como objetivos específicos se encuentran los siguientes:

- Evaluar la diferencia en niveles de estrés y calidad de vida de los pacientes antes y después de la intervención.
- Reducir el estrés y otras variables emocionales como ansiedad y depresión.
- Aumentar la calidad de vida de los pacientes.

- Valorar si existen relaciones entre las variables estudiadas (estilos de afrontamiento, ansiedad, depresión y actividad de la enfermedad).

Por otro lado, las hipótesis planteadas han sido las siguientes:

1. La intervención cognitivo conductual grupal en pacientes con EII mejora los niveles de estrés.
2. La intervención cognitivo conductual en pacientes con EII mejora la calidad de vida.
3. La intervención cognitivo conductual grupal mejora la evolución de la enfermedad en pacientes con EII (medida en número de brotes reportados por el paciente o en índices de actividad de la enfermedad).

## **MÉTODO**

### ***PARTICIPANTES***

En este estudio han participado un total de 8 sujetos diagnosticados de EII procedentes de la consulta externa de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Estos pacientes pueden padecer tanto EC como CU.

### ***VARIABLES E INSTRUMENTOS***

Las variables psicológicas a estudiar en este programa han sido el estrés, donde se ha medido tanto el estrés percibido por el paciente como el estrés percibido por la enfermedad, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. Se han medido estas

variables antes y después de finalizar el programa de intervención, con el objetivo de comprobar si los sujetos mejoraban los niveles de dichas variables.

Para medir las diferentes variables se ha seguido el siguiente proceso:

En primer lugar se ha llevado a cabo una entrevista estructurada donde se incluían datos sociodemográficos, diagnóstico, índices de actividad de la enfermedad, número de brotes que ha padecido en total y tratamiento actual.

Además, se ha procedido a administrar diferentes escalas de evaluación con el objetivo de medir las variables psicológicas objeto de estudio:

- Escala de apreciación del estrés relacionado con la enfermedad (EAE).(López, Terol, Pastor, Rodríguez y Sánchez; 1993). Proporciona una medida de la afectación de estrés en el paciente provocado por su enfermedad. Está formado por 11 ítems. Un mayor estrés percibido se relaciona con una mayor puntuación.
- Escala de estrés percibido (PSS).(Cohen, Kamarck y Mermelstein 1983) Esta escala mide el grado en que el individuo evalúa como estresantes situaciones generales. Utilizaremos la versión española de Eduardo Remor (2006) que consta de 14 ítems. No hay puntos de corte, a mayor puntuación, mayor estrés percibido.
- Escala de acontecimientos estresantes (SVE).(Holmes y Rahe 1967). Se utilizará la adaptación española de González Rivera. Consiste en un número de sucesos o acontecimientos vitales que se consideran potencialmente estresantes y que pueden contribuir al desarrollo de una enfermedad. La puntuación se relaciona en función de su gravedad y oscila de 0 a 100, siendo 100 el acontecimiento considerado como más estresante para la persona, que en esta escala es la muerte del cónyuge. Al finalizar esta escala, el paciente tiene la opción de nombrar el o

los sucesos vitales que bajo su punto de vista le esté produciendo estrés y no esté incluido en la escala previa. A estos sucesos también se debe asignarles una puntuación de 0 a 100.

- Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE).(Sandín y Chorot2002). Es un autoinforme que evalúa 5 estilos de afrontamiento del estrés. Está compuesto por 42 ítems tipo Likert. Entre los factores que valoran estrategias cognitivas destacan la búsqueda de soluciones, religiosidad, pensamientos positivos, búsqueda de apoyo social y escape.
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and depressionScale, HAD).(Zigmond ySnaith. 1983). Cuestionario autoadministrado compuesto por 14 ítems. 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 normal, 8 - 10 dudoso y  $\geq 11$  problema clínico.
- Cuestionario IBDQ-32 de calidad de vida en pacientes de EII.(Guyatt, Mitchell, Iriney cols., 1989). Para este estudio se utilizará la versión en español validada de Masachs, Casells y Malagelada (2007). Es un cuestionario específico para enfermedad inflamatoria intestinal autoadministrado de 32 preguntas relacionadas con la calidad de vida.
- Índice de actividad en la enfermedad de crohn (CDAI). (Cooperative, Crohn's diseaseStudyGroup 1975).Se obtiene una medida de actividad de la enfermedad a partir de 18 variables predictoras y mediante una ecuación de regresión múltiple, numéricamente simplificada en 8 variables. Es el instrumento medidor de la actividad de la EC más utilizado.
- Índice de actividad en la colitis ulcerosa (Score de Mayo)(D'Haens y cols.2005). 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). Tanto este índice como el CDAI se terminan de completar con el informe del especialista.

En segundo lugar, se ha aplicado y evaluado un programa de intervención psicológica grupal para pacientes con EII. Dicho programa ha sido diseñado en un estudio previo, llevado a cabo por Bernabeu (2017). Está compuesto por 8 sesiones y en cada una de ellas se han tratado aspectos relevantes para disminuir los niveles de estrés y ansiedad en los sujetos.

El programa ha tenido una función terapéutica, ya que el objetivo ha sido mejorar estos niveles de estrés y ansiedad que padecían estos pacientes.



## **PROCEDIMIENTO**

Este estudio se ha apoyado en un proyecto ya realizado, aprobado por el CEIC del HGUA (Bernabeu, 2017).

Este proyecto 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 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.

Para llevar a cabo este estudio, en primer lugar ha sido necesario contactar con los pacientes diagnosticados de EII que proceden de la Unidad de Gastroenterología del HGUA. Los criterios de inclusión para poder participar en el estudio han sido ser mayores de 18 años, tener un diagnóstico confirmado de la enfermedad, firmar un consentimiento informado y aceptar participar en el programa.

Se han excluido a los sujetos que presentaran alguna psicopatología mental grave o que no pudieran cumplimentar los diferentes cuestionarios por cualquier motivo.

Una vez seleccionados los pacientes que cumplieran estos requisitos, desde la Unidad de Psicología Hospitalaria HGUA nos pusimos en contacto con ellos para citarlos a cada uno individualmente y poder tener una primera toma de contacto.

Posteriormente, se procedió a tener una entrevista individual con cada paciente del estudio, se les explicó en qué tipo de programa iban a participar, se les resolvió cualquier duda que pudieran tener acerca del mismo y si estaban de acuerdo debían de firmar un consentimiento informado para poder ser incluidos en el programa.

A continuación, se realizó una entrevista inicial. Se recogieron datos tales como datos sociodemográficos, la actividad de la enfermedad en el momento en el que acudían a consulta y niveles de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida que tenían en el momento en el que acudían.

Una vez realizada la primera entrevista con todos los pacientes se comenzó con las sesiones grupales. La intervención se llevó a cabo mediante un programa cognitivo-conductual que tuvo una duración de 8 semanas, siendo una sesión semanal.

Cabe destacar que las sesiones ya estaban diseñadas por el proyecto mencionado anteriormente, llevado a cabo por Bernabeu (2017), por lo que únicamente se adaptaron algunos aspectos.

En la *Figura 1* se describen detalladamente el contenido que se han llevado a cabo durante las sesiones:

---

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, mindfulness, respiración abdominal...)
Sesión 3	Motivación. Qué se necesita para el cambio. Dónde estamos ahora y dónde queremos estar. Balance decisional. Técnicas (RMPJ, mindfulness, ...)
Sesión 4	Emociones y su regulación. Emociones, situaciones y cogniciones, relación entre ellas. Componentes de la emoción. Técnicas de regulación emocional.
Sesión 5	Solución de problemas. Diferenciamos entre problemas reales y cogniciones desadaptativas. Técnicas de resolución.
Sesión 6	Manejo de pensamientos automáticos. Cogniciones, creencias y comportamiento. Hábitos y conductas automáticas. Técnicas
Sesión 7	Comunicación efectiva. Técnicas de comunicación asertiva.

---

*Figura 1.* Contenido de las sesiones de la Intervención Psicológica.

Por último, una vez finalizadas las sesiones, cada paciente procedió a cumplimentar de nuevo la misma entrevista y cuestionarios que realizaron antes de comenzar el estudio.

### ***TIPO DE DISEÑO***

La investigación que se ha llevado a cabo posee una estructura cuasi experimental, ya que se procede a comprobar las diferencias existentes en niveles de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes que padecen EII antes de la intervención y una vez terminada la misma. El estudio trata de evaluar el cambio que se produce en las variables de estudio tras finalizar la intervención.

### ***ANÁLISIS DE DATOS***

Para poder obtener los resultados del estudio se realizaron los siguientes análisis: análisis de medias, para comparar las puntuaciones de cada una de las variables, la t de Student, para estudiar las diferencias entre los grupos y un análisis de correlaciones entre las diferentes variables, con el objetivo de comprobar si existe relación entre las variables estudiadas, empleando el coeficiente de correlación de Pearson. Todos estos análisis se realizaron estableciendo un nivel de significación estadística de  $p < 0.05$ .

Es importante resaltar que debido a los pocos pacientes que participaron en el estudio la mayoría de los resultados no han sido significativos.

## RESULTADOS

En el estudio han participado un total de 8 pacientes, de los cuales 7 están diagnosticados de EC y 1 de CU.

La edad de los pacientes se situó entre los 25 y los 65 años. 6 de ellas eran mujeres y 2 hombres. En cuanto al estado civil, 4 de los pacientes estaban casados, 2 solteros y otros 2 separados o divorciados. Por lo que se refiere a la situación laboral, 2 de los sujetos trabajaban en ese momento, 1 estaba jubilado, 2 se encontraban en paro y 3 de ellos poseían la invalidez.

En primer lugar, tal y como se mencionó en el apartado anterior se ha comprobado la correlación existente entre las variables de estrategias de afrontamiento, estrés, ansiedad, depresión y actividad de la enfermedad en sus medidas basales con el fin de responder a uno de los objetivos planteados en el estudio. Estos resultados se han obtenido mediante un análisis de correlaciones, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Por un lado, según los resultados, si se potencia en los pacientes un mayor afrontamiento en solución de problemas, se reducirá el estrés percibido por el paciente (puntuación del PSS), ya que la correlación entre ambas es significativa ( $r=0.742$ ;  $p .035$ ).

Además, también se muestra que la reevaluación positiva de los pacientes mejora la calidad de vida, obteniendo un nivel de significación de ( $r=.717$ ;  $p .046$ ).

En cuanto a la variable expresión emocional abierta, a mayor puntuación de ésta se consigue una reducción de estrés percibido por el pacientes ( $r=.758$ ;  $p .029$ ).

Lo mismo ocurre con la búsqueda de apoyo social. Esta variable influye positivamente en la calidad de vida y el estrés, aumentando la calidad de vida ( $r=.856$ ;  $p$

.007) y reduciendo el estrés percibido por el paciente relacionado con la enfermedad (EAE) ( $r=-.679$ ;  $p .064$ ).

Finalmente, por lo que respecta a la actividad de la enfermedad, una mayor actividad de la misma correlaciona con el estrés percibido por la enfermedad, concretamente con la duración de la misma ( $r=.798$   $p .032$ ).

Esto significa que el estrés puede aumentar la probabilidad los brotes de esta.

Una vez comprobadas las correlaciones descritas en las medidas basales se procede a exponer los resultados referentes a la efectividad del programa de intervención psicológica grupal, con medidas pre y post tratamiento.

Tal y como se muestra en la *Tabla 1* se produce una evolución de las puntuaciones de los participantes de manera previa y posterior a la exposición al programa de intervención psicológica grupal multicomponente para las variables ansiedad, depresión y estrés. Como resultado, no existen diferencias significativas en estrés y ansiedad, pero observando las medias obtenidas en la evaluación pre y post sí se puede observar una mejoría de estas variables una vez terminado el grupo de intervención.

Donde sí existen diferencias significativas es en la variable depresión, mejorando notablemente esta variable con una gran magnitud del efecto ( $r 0.68$ ).

Tabla 1. *Resultados antes y después de la intervención de las variables Ansiedad, Depresión y Estrés*

	Medida Pre		Medida Post		T (GL)	Sig.	TE
	Media	DT	Media	DT			
Importancia o amenaza	24.370	5.926	24.750	5.675	-.2787(7)	.789	
Duración	15.250	1.982	15.370	1.597	-.124(7)	.905	
Grado de control sobre la enfermedad	4.8750	2.167	4.5000	1.309	.704(7)	.504	
Estrés Total_EAE	44.500	7.559	44.620	6.947	-.078(7)	.940	
PSS_Punt.Total	26.250	11.682	22.750	6.386	1.049(7)	.329	
Ansiedad	8.2500	4.527	7.2500	3.535	1.058(7)	.325	
Depresión	6.0000	4.898	3.5000	2.329	2.457(7)	.044	0.68

Nota: DT: Desviación Típica, TE: Tamaño del Efecto, EAE: Escala de Apreciación del Estrés relacionada con la enfermedad, PSS: Escala de estrés percibido.

Por otro lado en la *Tabla 2* se observa que, tras la intervención los pacientes obtienen una mejor puntuación en la variable de Afrontamiento del estrés, medida previamente mediante el cuestionario CAE.

En primer lugar, se ha obtenido una mayor puntuación en focalización en solución de problemas, obtenido una mejor puntuación en la media.

En cuanto a la auto focalización negativa, se obtienen resultados inferiores después de las sesiones.

En lo que respecta a la expresión emocional abierta y la búsqueda de apoyo social, los pacientes refieren una mayor puntuación una vez terminada la intervención

Tabla 2. Resultados antes y después de la intervención en la medida CAE (afrentamiento del estrés).

	Medida Pre		Medida Post		T (GL)	Sig.	**TE
	Media	*DT	Media	*DT			
Focalizado							
en solución	20.250	4.920	23.250	5.824	-2.016(7)	.084	
de problemas							
Auto							
focalización	14.750	4.832	14.375	4.688	.664(7)	.528	
negativa							
Reevaluación					-1.140(7)		
positiva	21.625	4.240	23.250	4.026		.292	
Evitación	18.500	4.810	21.125	5.642	-1.554(7)	.164	
Expresión							
emocional	12.750	4.652	13.250	5.257	-.270(7)	.795	
abierta							
Búsqueda de					-1.247(7)		
apoyo social	17.000	6.761	20.000	5.855		.252	
Religión	12.125	8.822	11.375	7.652	.832(7)	.433	

Nota: DT: Desviación Típica, TE: Tamaño del Efecto

En cuanto a la actividad de la enfermedad cabe destacar que no existen resultados significativos antes y después de la intervención pero sí es necesario resaltar algún dato de interés.

Tal y como se muestra en la *Tabla 3*, en relación a la actividad de la enfermedad de los pacientes con Enfermedad de Crohn, en general se observa una reducción leve. Ya que únicamente hay un paciente que padece Colitis Ulcerosa no se puede comparar este resultado. Aun así, este sujeto no reportaba actividad significativa ni antes ni después de la intervención.

Además, se muestra en la siguiente tabla un mejor resultado en el cuestionario de calidad de vida específico de esta enfermedad (IBDQ) una vez finalizada la intervención.

Tabla 3. *Resultados antes y después de la intervención de la Actividad de la Enfermedad y la Calidad de vida relacionada con la enfermedad.*

	<i>Medida Pre</i>		<i>Medida Post</i>		T (GL)	Sig.	**TE
	Media	*DT	Media	*DT			
CDAI	108.714	100.670	104	86.846	.131(6)	.900	
ÍNDICE_MAYO	0	-	0	-			
IBDQ_TOTAL	162.875	26.594	171.750	21.881			
IBDQ_Digestiva	51.125	9.716	54.375	9.257	-1.976 (7)	.089	
IBDQ_Sistémica	22.750	4.682	23.250	3.284	-.592(7)	.573	
IBDQ_Social	28.625	5.475	29.375	5.153	-.546(7)	.602	
IBDQ_Emocional	60.375	12.431	64.750	13.625	-.871(7)	.413	

Nota: DT: Desviación Típica, TE: Tamaño del Efecto, CDAI: Índice de la actividad de la Enfermedad de Crohn, Índice Mayo: Índice en la actividad de Colitis Ulcerosa, IBDQ: Cuestionario de calidad de vida específico de EII.

## DISCUSIÓN

Una vez analizados los resultados, es necesario valorar si se han cumplido las hipótesis y los objetivos del presente estudio.

En primer lugar, el objetivo principal del estudio se basaba en comprobar la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual grupal sobre técnicas para el manejo del estrés en pacientes que padecen EII y observar su relación con la calidad de vida y la evolución de la enfermedad de estos pacientes.

En cuanto a los resultados obtenidos cabe destacar que al comparar las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención se observa una mejor puntuación en la calidad de vida y en los niveles de estrés. Además, los resultados reportan una disminución en la actividad de la enfermedad. Estos resultados apoyan el cumplimiento del objetivo general del estudio.

A continuación, se procede a analizar el cumplimiento de los objetivos específicos:

El primer objetivo pretendía evaluar diferencias en niveles de estrés y calidad de vida de los pacientes antes y después de la intervención. Como se ha mencionado anteriormente, tras analizar los resultados se ha comprobado que tanto los niveles de estrés como de calidad de vida percibida por los pacientes mejora una vez finalizada la intervención.

En cuanto al objetivo referido a reducir el estrés y otras variables emocionales como la ansiedad y la depresión cabe destacar que sus niveles disminuyen tras la intervención, aunque los resultados no son significativos como se ha mencionado anteriormente. Además, respecto a la variable depresión esta mejora tras la intervención

sí es significativa, por lo que se puede afirmar que tanto el estrés, la ansiedad la depresión mejoran tras la intervención.

Además, el objetivo referido a aumentar la calidad de vida de los pacientes queda reflejado que tras la intervención estos pacientes refieren una mejor calidad de vida, aunque esta mejora no es significativa.

En lo que respecta al último objetivo referido a valorar si existen relaciones entre las variables estudiadas (estilo de afrontamiento, ansiedad, depresión y actividad de la enfermedad) también se cumpliría si se tiene en cuenta que existe una correlación significativa en todas las correlaciones.

Por otro lado, de acuerdo con la primera hipótesis que afirmaba que la intervención cognitivo conductual grupal en pacientes con EII mejora los niveles de estrés cabe destacar que se cumple ya que, según los resultados obtenidos, tras la intervención los pacientes refieren un menor nivel de estrés.

Se cumpliría también la segunda, que afirma que la intervención mejora la calidad de vida en estos pacientes. Ya que las puntuaciones obtenidas de calidad de vida son superiores una vez finalizada la intervención, mostraría el cumplimiento de esta hipótesis.

En cuanto a la tercera hipótesis que defendía que la intervención cognitivo conductual grupal mejora la evolución de la enfermedad en pacientes con EII también se cumpliría, ya que los niveles de actividad de la enfermedad se ven reducidos una vez finalizada la intervención.

Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con el estudio ya realizado por Camacho (2009), que afirma que el tratamiento psicológico tiene un

efecto positivo en el bienestar emocional y también en la actividad y en el curso de la enfermedad.

Estos resultados coinciden también con el estudio llevado a cabo previamente por Bernabeu (2017).

Díaz, Comeche y Mas (2007) demostraron que el tratamiento psicológico grupal resulta eficaz para disminuir la sintomatología emocional y así mejorar la enfermedad. Esto coincide también con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Finalmente, es necesario destacar que ha habido una serie de limitaciones para llevar a cabo este estudio.

En primer lugar, la muestra de sujetos no ha sido lo suficientemente amplia para poder establecer relaciones de causalidad.

Por otro lado, el diseño no estaba controlado ni aleatorizado, no se poseía grupo control y no se ha podido comparar los resultados con otro grupo.

Para terminar, como posible objetivo para sucesivos estudios se podrían incluir un seguimiento a medio y largo plazo.

## REFERENCIAS

- Best, W.R., Becketl, J.M., Singleton, J.W., y Kern, F. (1976). Desarrollo de un índice de actividad de la enfermedad de Crohn. *Gastroenterology*, 70 (3), 439-444.
- Camacho, L. (2009). Factores psicosociales en la enfermedad inflamatoria intestinal: estado actual. *Enfermedad inflamatoria intestinal al día*, 8 (2), 103-110.
- Cantor, D.S. (1984). Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology*, 87, 478-479.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- De Rivera, G., Revuelta, J.L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11.
- D' Haens, G., Sandborn, W.J., Feagan, B.G., Geboes, K., Hanauer, S.B., Irvine, E.J. et al. (2007). A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 132, 763-86.
- Díaz, M.A., Comeche, M.I., Mas, B., Díaz, M. y Vallejo, M.A. (2008). Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento. *Apuntes de Psicología. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla*, 26 (1), 91-102.
- Díaz, M.A., Comeche, M.I. y Mas, B. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista española de enfermedades digestivas*, 99 (10), 593-598.

- Drossman, D.A. (1998). Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med.*, 60, 258-67.
- Drossman, D.A., Lesrmen, J. y Mitchell, C.M. (1991). Health status and health care use in persons with inflammatory bowel disease: A national sample. *DigestionDiseaseScience*, 36, 1746-1755.
- García, S. (2016). Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (tesis de pregrado). Universidad de Valladolid.
- González de Rivera, J.L. y Revuelta, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11.
- González Lara, V., Marín Jiménez, I., Lázaro Pérez, J. y Molina Infante, J. (2003). ¿Cuál es la causa de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal? Crónica. *Revista de la Asociación Nacional de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España*, 59, 10-16.
- González, M. (2016). Factores psicosociales asociados con la calidad de vida en las enfermedades inflamatorias del intestino. *Gen*, 70(1), 028-040. Recuperado en 10 de diciembre de 2017, de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-35032016000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032016000100006&lng=es&tlng=es).
- Guyatt, G., Mitchell, A., Irvine, E.J, Singer, J., Williams, N., Goodacre, R. y Tompkins, C. (1989). Una nueva medida del estado de salud para los ensayos clínicos en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterology*, 96 (2), 804-810.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychosom*, 11, 213-218.

- Juan, P.B. (2017). Eficacia de un programa de intervención psicológica multicomponente grupal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Doctoral dissertation. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Kurina, L.M., Goldacre, M.J., Yeates, D. y Gill, L.E. (2001). Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (10), 716-720.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Berto, E., Andreoli, A. y Luzi, C. (1994). Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. *The American Journal of Gastroenterology*, 89, 1219-1225.
- Marin, J. R., Pastor, M. A., y Roig, S. L. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Sup), 349-372.
- Masachs, M., Casellas, F. y Malagelada, J.R. (2007). Spanish translation, adaptation and validation of the 32-item quality of life questionnaire (IBDQ32) for inflammatory bowel disease. *RevEspEnfermDig*, 99, 511-9.
- Mateu, C., Mascarós, L., Rivero, R., Villanueva, V., Roncero, M., y Carrió, C. (2017). Resultados de un programa de tratamiento psicológico grupal para la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 1-7.
- Mendeloff, A.L., Monk, M. y Siegal, C.I. (1970). Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis. *The New England Journal of Medicine*, 282, 14-17.
- Pecasas, L. (2001). Introducción al diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Revisión 2001. En <http://www.accuesp.com>.

- Persoons, P., Vermeire, S., Demyttenaere, K., Fischler, B., Vandenberghe, J., Van Oudenhove, L., Pierik, M., Hlavaty, T., Van Assche, G., Noman, M. y Rutgeerts, P. (2005). The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 22(2), 101-110.
- Remor, E. (2006). Propiedades psicométricas de una versión europea española de la Escala de estrés percibido (PSS). *El diario español de psicología*, 9(1), 86-93.
- Sandín, B., yChorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.
- Simren, M., Axelsson, J., Gillberg, R., Abrahamsson, H., Svedlund, J. y Bjornsson, E.S. (2002). Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *American Journal of Gastroenterology*, 97(2), 389-396.
- Tobón, S., Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Sandín, B. y Núñez, A.C. (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(2), 83-97.
- Best, W., Bectel, J., Singleton, J. yKern, F. (1976). Development of a Crohn's disease activity index national cooperative crohn's disease study. *Gastroenterology*, 70, 439-444.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). La escala de ansiedad y depresión del hospital. *Acta psychiatricascandinavica*, 67(6), 361-370.