

ALGUNOS FACTORES PREDICTORES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Elena García Vega y Concepción Fernández Rodríguez

Universidad de Oviedo

La enfermedad de Crohn es una Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En este artículo se indaga en primer lugar la repercusión psicológica y en el estilo de vida que provoca la enfermedad de Crohn y en segundo lugar, que factores ambientales y del comportamiento de los sujetos pueden ponerse en relación con la sintomatología. Se ha realizado un análisis de regresión múltiple con los posibles factores predictores de la frecuencia de la sintomatología, los resultados sugieren que la adaptación de estos pacientes a la enfermedad, depende más de su competencia personal y social que de los síntomas de la enfermedad. Este estudio confirma la importancia de los factores psicológicos en el curso de la enfermedad y se propone que sean considerados conjuntamente con la actividad de la enfermedad.

Some Crohn's disease predictive factors. Crohn's disease is a Inflammatory Bowel Disease (IBD). The present paper analyzes first the psychological impact and the way of life secondary to Crohn's disease, and second the relationship among symptomatology and behavioral reactions and environmental factors. A Multiple Regression Analysis of the predictive factors possible for frequency of the symptomatology suggest that the patients successful adaptation to this chronic disease depends more on their personal and social competence than on the symptoms of the disease. This study confirms the importance of psychological functioning in determining patients inflammatory bowel disease and must be considered together with disease activity.

La Enfermedad de Crohn (EC) es un proceso inflamatorio no específico, de evolución crónica, que puede afectar todo el tracto digestivo, desde la boca hasta el ano, si bien su localización más frecuente es el intestino. Las manifestaciones clínicas que caracterizan la EC son, dolor hipogástrico, diarrea, fiebre, pérdida de peso, anemia, manifestaciones anales y perianales y fístulas, además de otras manifestaciones extra-

digestivas (fundamentalmente problemas articulares). En general los pacientes con EC suelen presentar un curso heterogéneo y diversos patrones clínicos. Junto con esta variedad clínica, algunos estudios han señalado la relevancia de los trastornos psicológicos en el inicio y/o en el curso de la EC. Estas investigaciones coinciden en señalar que estos pacientes presentan más desajustes que la población normal, predominantemente ansiedad, depresión y trastornos neuróticos (Schwartz y Schwartz, 1982; Andrews, Barczak y Allan, 1987; Robertson, Ray, Diamond y Guy, 1989; Schwartz et al. 1993). Por otra parte, la exacerbación de la

Correspondencia: Elena García Vega
Facultad de Psicología
Plaza Feijoo, s/n.
33003 Oviedo (Spain)
E-mail: elenagv@sci.cpd.uniovi.es

EC en condiciones de estrés, tanto relacionadas con el curso de la enfermedad como con otros acontecimientos psicosociales, ha sido señalada en numerosos estudios (Ford, Gloyer y Castelnuovo-Tedesco, 1969; Schwartz y Schwartz, 1982, Szabo, 1985, Schwartz y Blanchard, 1990; Garret, Brantley, Jones y McKnight, 1991). La enfermedad en sí misma, es un factor potencial que interfiere en la calidad de vida del sujeto y que además facilita la aparición de acontecimientos estresantes tales como disconfort durante largos períodos, múltiples hospitalizaciones, procedimientos intrusivos de diagnóstico, pérdida de responsabilidad laboral, familiar, social, etc.

El estado de la investigación psicológica actual, por lo que respecta a la EC, no permite establecer conclusiones definitivas ni sobre las características comportamentales de estos pacientes, ni sobre la eficacia de la intervención psicológica.

El objetivo de este estudio es, en primer lugar, indagar la repercusión psicológica y en el estilo de vida que provoca la EC; y en segundo lugar, evaluar qué factores ambientales, y del comportamiento de los sujetos pueden ponerse en relación tanto con el inicio y/o agravamiento de la sintomatología como con un autocuidado más eficaz (p.e. adhesión al tratamiento, evitación de desencadenantes...etc).

Esta información podría permitir una mejor comprensión de los factores implicados en la evolución de esta enfermedad y, paralelamente, valorar la potencial utilidad de la intervención psicológica.

Muestra

Se dispuso de una muestra de 45 pacientes con EC procedentes de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Central de Asturias. Todos ellos han sido sometidos a los mismos criterios de diagnóstico y tratamiento (tratamiento farmacológico compuesto de 5-ASA) dado que son atendi-

dos por el mismo equipo médico. La media de edad de la muestra es de 31.7 ± 7.6 años (rango 19-52 años), con una distribución por sexos de un 64% mujeres y un 36% varones. La media de antigüedad de la enfermedad de 6.5 ± 5.5 años, con un promedio de 1 ± 1.06 brotes en el último año y una media de operaciones (Tto. quirúrgico) en el transcurso de la enfermedad de 0.77 ± 1.04 . Por otra parte, el 27% de los pacientes presentaba enfermedades asociadas (particularmente articulares y dermatológicas) y se observó una alta presencia de antecedentes familiares (28,9%).

Material

Entrevista biográfica

Se ha diseñado un protocolo semiestructurado para recoger información acerca de las siguientes variables: a) Demográficas (edad, sexo, estado civil). b) Laborales (actividad profesional, número de bajas laborales/año, dificultad para realizar el trabajo, satisfacción laboral). c) Sociales (calidad del tiempo libre, limitaciones debidas a la enfermedad, influencia de la EC en sus relaciones sociales y sexuales). d) Desencadenantes de la sintomatología (preocupaciones en torno a la enfermedad, existencia de posibles acontecimientos estresantes, inicio de la enfermedad, demora de diagnóstico). e) Clínicas (número de operaciones, número de brotes/año, complicaciones asociadas, antigüedad de la enfermedad, estado de salud, adhesión a la medicación, tratamientos alternativos, dieta, antecedentes familiares, hábito de fumar, relación con el médico).

Cuestionarios estructurados

Todos los sujetos cumplieron los siguientes cuestionarios psicológicos:

- Cuestionario de Ansiedad (STAI). (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)

- Escala autoaplicada para la Depresión. (Zung y Conde, 1970-74).
- Cuestionario de Personalidad (EPI). (Eysenck y Eysenck, 1975).
- Escala autoaplicada para la evaluación del Estrés-Apoyo Social. (Dpto. de Salud Mental de California, 1981).

Protocolo seguimiento

Protocolo diseñado para la valoración por el propio paciente de su estado de salud, así como de la efectividad del tratamiento psicológico recibido en relación a las situaciones cotidianas, situaciones de estrés, con respecto a los síntomas y a la fase de brote.

Así mismo, se pretende realizar una identificación operativa de los posibles antecedentes de la sintomatología, la consistencia de los mismos, el período de latencia entre los antecedentes y la sintomatología, las estrategias de afrontamiento y el comportamiento en presencia de los síntomas.

Autorregistro diario de síntomas

Este instrumento es de empleo diario y permite contabilizar para cada sujeto la frecuencia (presencia o ausencia del síntoma) y la intensidad (poco, regular, mucho) de los síntomas. Para ello, se entrena a los pacientes en la primera sesión en su correcta cumplimentación. Todos los sujetos cumplimentan los registros diariamente, durante un período total de ocho semanas, tiempo que se invirtió en la aplicación del tratamiento experimental. (En este artículo consideraremos exclusivamente la frecuencia de los síntomas, dada la mayor objetividad de registro).

Procedimiento

La recogida de datos se realizó en dos momentos o fases diferenciadas con un intervalo temporal de doce meses:

Primera Fase: Es el primer contacto con los pacientes, durante el cual todos cumplimentaron, en sesión individual, los materiales descritos (entrevista biográfica, cuestionarios psicológicos y autorregistro diario de síntomas durante un período de dos semanas). Posteriormente, los 45 pacientes de la muestra de estudio, fueron asignados aleatoriamente, a tres condiciones experimentales: un grupo de manejo de estrés guiado por un terapeuta, un grupo de manejo de estrés autoaplicado y un grupo control. El tratamiento comprendió un total de 8 semanas.

Segunda Fase: Transcurrido un período de doce meses, se realizó un seguimiento en el cual los pacientes cumplimentaron de nuevo y de manera individual, la entrevista biográfica, el autorregistro diario de síntomas durante un período de una semana, y además el protocolo de seguimiento.

Análisis de datos

De acuerdo con las dos fases de recogida de datos, se ha procedido igualmente a un análisis de datos en dos momentos.

Primera Fase: Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables indagadas en la entrevista semiestructurada y en los cuestionarios psicológicos. Posteriormente, se ha realizado un análisis de regresión múltiple, el cual tiene como primera finalidad proveer de una ecuación que relaciona variables entre sí, de forma que los valores que representa una variable pueden ser predichos en función de otras. Se pretende así conocer si existen determinadas variables que puedan predecir una mayor frecuencia de la sintomatología.

Para este primer momento hemos realizado un análisis de regresión múltiple tomando como variables dependientes la frecuencia de los síntomas considerados más relevantes:

Malestar general, Cansancio, Diarrea, Estreñimiento, Dolor Abdominal y Vientre Hinchado.

La "frecuencia media" de cada síntoma (FMS) se contabiliza atendiendo a la siguiente fórmula:

$$FMS = \frac{\text{Nº de Períodos sintomáticos}}{\text{Total de Períodos registrados}}$$

Este valor informa del promedio de ocasiones en que cada uno de los síntomas está presente a lo largo de un período de tiempo convenido.

Como variables independientes se han considerado las siguientes variables:

- Puntuaciones de los sujetos en los distintos cuestionarios psicológicos
- Algún tratamiento psicológico previo a nuestra intervención (Sí ha recibido, No ha recibido)
- Edad
- Sexo
- Número de bajas laborales/año
- Dificultad objetiva para realizar el trabajo (Sí, No)
- Satisfacción Laboral (Sí, No)
- Calidad referida de tiempo libre (Mejor, Igual o Peor que antes de la enfermedad)
- Limitaciones objetivas debidas a las enfermedad (Sí, No)
- Contactos sociales (Mejor Igual o Peor que antes de la enfermedad)
- Desencadenantes de síntomas (Sí reconoce, No reconoce)
- Demora de diagnóstico de la EC (<6 meses, >6 meses)
- Estado subjetivo de salud actual (Muy bueno, Bueno, Regular, Malo)
- Número de operaciones
- Número de brotes /año
- Antigüedad de la enfermedad
- Adhesión al tratamiento médico (Sí, No)
- Antecedentes familiares (Sí, No).

Segunda fase: En esta fase se ha realizado de nuevo un análisis de regresión múltiple tomando como variable dependiente la reducción de la frecuencia de la sintomatología. Para ello, se ha calculado un índice de reducción de la frecuencia de los síntomas considerados más relevantes (Blanchard et al. 1992). Dicho índice se obtiene restando la frecuencia media inicial (Primera Fase) de cada uno de los síntomas (malestar general, cansancio, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal y vientre hinchado) de la frecuencia media del correspondiente síntoma en el seguimiento (Segunda Fase), y dividido por el número de pacientes que han tenido los síntomas en cada uno de los grupos (manejo de estrés, manejo de estrés autoaplicado y grupo control).

Este índice se calcula para cada síntoma, de acuerdo con las siguientes fórmulas: (siendo n el número de sujetos con síntoma y j cada una de las condiciones experimentales)

ÍNDICE DE REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA SEGUIMIENTO 12 MESES (IRFS12).

$$IRFS12 = \frac{F.M. \text{ síntoma seg. 12 meses}_{nj} - F.M. \text{ síntoma inicial}_{nj}}{nj}$$

El análisis de Regresión Múltiple realizado a los 12 meses, ha tenido como variables dependientes, la reducción de la frecuencia de los síntomas considerados anteriormente (malestar general, cansancio, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal y vientre hinchado) y como variables independiente además de las consideradas en la primera fase, las que se describen a continuación:

- Utilidad del tratamiento psicológico para afrontar situaciones de estrés (Sí, No)
- para afronta situaciones cotidianas (Sí, No)

- para reducir síntomas de la enfermedad (Sí, No)
- para afrontar o reducir el nº de brotes (Sí, No)
- Valoración subjetiva del estado de salud a los 12 meses (Mejor, Igual, Peor)
- Número de visitas médicas en un año
- Número de brotes en el último año
- Utilidad tratamiento médico para reducir síntomas de la enfermedad (Sí, No)
- para afrontar o reducir el nº de brotes (Sí, No)
- Reconoce antecedentes (Sí, No)
- Identifica antecedentes (Sí, No)
- Utiliza estrategias de afrontamiento (Sí, No)

Resultados

Como se observa en la Tabla 1, el 86% de los pacientes identifica situaciones que desencadenan o exacerban la sintomatología. Las más referidas son los conflictos laborales (29,7%), los cambios de tiempo (24,3%), los conflictos familiares (11%) y el

Reconoce desencadenantes	86%
Concurrentes con el inicio de la EC:	
Pérdida ser querido	5,4%
Conflictos familia	8,7%
Afectan al curso de la EC:	
Problemas laborales	29,7%
Problemas familiares	11%
Cambios de tiempo	24,3%
Demora de diagnóstico	62%
Expectativas en torno a la EC:	
Gravedad y cronicidad	53,5%
Tratamiento (ineficacia)	27,2%
Otros (heredabilidad...)	19,3%
Limitaciones debidas a la EC:	
Laborales	50%
Sociales	22,8%
Vida cotidiana	77,2%
Adhesión a la medicación	25%
Dieta	65,2%
Incremento de síntomas	86%

período de demora de diagnóstico, siendo este período, superior a los 6 meses en un 62%.

Por otra parte, la cronicidad de la enfermedad, su hasta ahora desconocida etiología y la escasa información médica, hace que estos pacientes generen expectativas negativas en torno a ella. Así mismo, la consideración del tratamiento médico como ineficaz, parece conllevar una escasa adhesión a la medicación (25%).

Respecto a las limitaciones debidas a la enfermedad, el 77,2% considera que ha limitado sus actividades diarias y todos refieren que en situación de brote la enfermedad afecta por completo la vida cotidiana (77,2%), y limita las relaciones sociales (22,8%) y laborales (50%). Es además en fase de brote, cuando el paciente requiere de terceras personas, creándose en algunos casos una dependencia.

Finalmente, los pacientes refieren que en las situaciones descritas, suele producirse un incremento de los síntomas propios de la enfermedad y además un deterioro de su estado de salud general.

Respecto de los cuestionarios psicológicos, la muestra de estudio ofrece unas puntuaciones que se encuentran dentro del rango de la población normal, si bien se observa una tendencia a valores más altos en neuroticismo, ansiedad rasgo, depresión y presencia de acontecimientos estresantes.

EPI: E. Neuroticismo:	66,9±24,7 (normalidad)
E. Extraversión:	44,4±27 (normalidad)
STAI: Ansiedad-Estado	47,72±28,8 (normalidad)
Ansiedad-Rasgo	57,1±30,2 (normalidad)
Escala de Depresión de Zung:	49,2±13,6 (depresión subclínica y variantes normales)
California Department of Mental Health:	
Escala de estrés:	21,6±13,8 (estrés moderado)
Escala de apoyo social:	13±15,9 (apoyo social moderado)

Análisis de regresión

Tabla 3
Análisis de regresión múltiple frecuencia de la sintomatología en la primera fase

		β	SE β	β eta	T	Sig. T
VD: Malestar general r= 0.801 R2= 64% F= 11.377 Sig. F= 0.0000	Estado de salud	30.00	6.79	0.46	4.4	0.0001
	Edad	1.606	0.54	0.30	2.96	0.005
	Limitaciones	36.57	10.01	0.37	3.65	0.0008
	Demora diagnóstico	14.31	5.14	0.29	2.78	0.006
	E. Nivel de estrés	-1.06	37.18	-0.29	-2.86	0.006
	Ansiedad rasgo	0.38	0.14	0.26	2.60	0.013
VD: Cansancio r= 0.546 R2= 29% F= 8.939 Sig. F= 0.0006	Depresión (Zung)	1.70	0.40	0.57	4.1	0.0002
	Locus Control	-0.41	0.20	-0.28	-2.06	0.045
VD: Diarrea r= 0.519 R2= 27% F= 7.706 Sig. F= 0.0013	Satisfacción Laboral	21.89	2.31	0.39	2.99	0.004
	Depresión (Zung)	0.89	0.34	0.33	2.56	0.014
VD: Estreñimiento r= 0.606 R2= 36% F= 7.933 Sig. F= 0.0003	Número de brotes	-8.97	2.68	0.27	2.17	0.035
	Estado de salud	13.69	5.01	0.36	2.73	0.009
	Stai-Rasgo	0.238	0.10	0.27	2.17	0.035
VD: Dolor abdominal r= 0.686 R2= 47% F= 12.189 Sig. F= 0.0000	Depresión (Zung)	1.485	0.33	0.52	4.49	0.0001
	Limitaciones	34.83	10.74	0.37	3.24	0.002
VD: Vientre hinchado r= 0.545 R2= 29% F= 5.802 Sig. F= 0.0021	Depresión (Zung)	0.70	0.38	0.24	1.81	0.076
	Contacto social	-15.26	6.30	-0.31	-2.42	0.020
	Difícil. Laborales	-17.72	8.58	-0.28	-2.06	0.045

Los resultados se presentan siempre de acuerdo con el siguiente esquema:

- 1.- La variable dependiente
- 2.- El coeficiente de correlación múltiple (r)
- 3.- El coeficiente de determinación (R2). Nos indica que el conjunto de las variables predictoras explican un

% de la varianza que presenta la variable dependiente.

- 4.- La F resultante con su correspondiente significación
- 5.- Un cuadro, donde en primer lugar (β) se explicitan los coeficientes o pesos de cada una de las variables, en segundo lugar el error estándar (SE β) de los coeficientes, en tercer lugar (Beta) coeficientes estandarizados (divididos por su error), y por último una prueba de significación (T) con un valor bruto y su correspondiente relevancia estadística.

Tabla 4
Análisis de regresión múltiple frecuencia de la sintomatología en el seguimiento a los 12 meses

		β	SE β	β eta	T	Sig. T
VD: Malestar general r= 0.690 R2= 47% F= 8.490 Sig. F= 0.0004	Inicio de la EC	-32.04	14.80	-0.31	-2.16	0.03
	Nº brotes (6 meses)	-26.18	7.90	-0.47	-3.31	0.002
	Reconoce antecedentes	-36.11	15.82	-0.32	-2.28	0.03
VD: Cansancio r= 0.693 R2= 48% F= 5.931 Sig. F= 0.0005	Nº brotes (6 meses)	-16.38	5.92	-0.35	-2.76	0.009
	Útil tto. Psico (estrés)	16.65	4.30	0.55	3.86	0.0005
	Edad	-1.81	0.70	-0.35	-2.58	0.01
	EPI-extraversión	-0.52	0.22	-0.32	-2.38	0.02
	Desencadenantes	40.19	18.93	0.27	2.12	0.04
VD: Diarrea r= 0.551 R2= 30% F= 6.109 Sig. F= 0.0063	Escala Nivel de estrés	-4.27	1.31	-0.53	-3.25	0.003
	Escala Apoyo social	1.90	0.91	0.34	2.08	0.04
VD: Estreñimiento r= 0.835 R2= 69% F= 23.181 Sig. F= 0.0007	Depresión (Zung)	-2.51	0.52	-0.83	-4.81	0.0007
VD: Dolor abdominal r= 0.806 R2= 58% F= 10.395 Sig. F= 0.0000	Depresión (Zung)	-1.46	0.55	-0.32	-2.62	0.01
	Nº brotes (6 meses)	-31.7	7.67	-0.49	-4.13	0.0003
	Consistencia antece.	-44.97	16.07	-0.34	-2.79	0.009
	Desencadenantes	64.62	27.14	0.27	2.38	0.02
	Sexo	30.21	13.66	0.26	2.21	0.03
VD: Vientre hinchado r= 0.967 R2= 93% F= 32.645 Sig. F= 0.0000	STAI-Estado	-1.22	0.13	-0.66	-8.84	0.0000
	Contacto social	63.99	5.73	0.88	11.15	0.0000
	Nº operaciones	-18.06	3.25	-0.40	-5.55	0.0000
	Útil tto. Psico (cotid.)	8.17	4.67	0.21	1.74	0.09
	Útil tto. Psico (enferm.)	17.01	5.56	0.37	3.05	0.006
	Antecedentes familiares	-32.4	7.12	-0.33	-4.55	0.0002
	Dificultades laborales	17.64	5.68	0.22	3.10	0.006
	EPI-sinceridad	0.39	0.14	0.21	2.82	0.01

Los resultados del análisis de regresión múltiple realizado con las variables previas al tratamiento psicológico (primera fase), muestran una correlación de las variables comportamentales en las manifestaciones de la frecuencia de la sintomatología. Se podría sugerir la existencia de una relación entre manifestaciones fisiológicas y psicológicas, en concreto situaciones de estrés. Así, por una parte, la escasa información en torno a la enfermedad, y la supuesta ineficacia del tratamiento médico, generan expectativas negativas en el paciente que a su vez favorecen la aparición de comportamientos de enfermo crónico. Por otra parte, estos comportamientos son en sí mismos una fuente de estrés. El paciente abandona actividades habituales, con la consiguiente pérdida de responsabilidad, lo que genera en el sujeto un incremento de ansiedad, depresión...e incremento de la sintomatología. En el análisis realizado se observa que el síntoma Malestar General es explicado en un 64% de su varianza, fundamentalmente por las variables Valoración subjetiva de su estado de salud, y Limitaciones debidas a la enfermedad (limitaciones laborales, en su vida cotidiana, en desplazamientos, estudios, tareas del hogar). Así mismo, el Dolor Abdominal presenta un coeficiente de determinación $R^2=47\%$, explicado de nuevo por la variable Limitaciones debidas a la enfermedad y Depresión. Finalmente, el síntoma Estreñimiento es explicado en un 36% de su varianza, mayormente por la variable Valoración subjetiva de su estado de salud (que no necesariamente coincide con su valoración clínica, dado que estos pacientes se encuentran todos en una fase de quiescencia de la enfermedad).

El resto de los síntomas (Cansancio, Diarrea y Vientre Hinchado) tienen un escaso porcentaje (<30%), coincidiendo en todos ellos la influencia del Nivel de Depresión de acuerdo con la Escala de Zung.

En el análisis de regresión en el seguimiento a los 12 meses, (segunda fase), se incrementan los coeficientes de determinación. Así se observa hasta un 93% en la variable Vientre Hinchado. Nuevamente se muestra una mayor correlación de las variables comportamentales. Respecto de las variables clínicas, el número de brotes correlaciona negativamente con los síntomas Malestar General, Cansancio y Dolor Abdominal. Podría explicarse esto porque cuando los pacientes son tratados en fase de brote la medicación con esteroides suele conseguir que se remitan todos los síntomas y que los pacientes presenten una mejor valoración de su estado de salud general.

Discusión y conclusiones

El primer objetivo de este estudio pretendía indagar la repercusión psicológica y en el estilo de vida que provoca la EC. En este sentido, las investigaciones sobre la relevancia de los factores psicológicos en el inicio y/o en el curso de la EC ha puesto de manifiesto que un porcentaje elevado de estos pacientes presenta más desajustes psicológicos que la población normal, y son además los pacientes con mayor sintomatología quienes presentan más trastornos psicopatológicos y refieren más acontecimientos estresantes. En nuestra muestra, no podemos concluir que exista una característica psicopatológica definitoria de los sujetos del estudio, pero si existen evidencias de desajustes comportamentales. Las propias características de la enfermedad (cronicidad, interferencia vida cotidiana, limitaciones, delegación responsabilidad...) son condiciones estresantes suficientes para explicar los desajustes psicológicos. Esto se observa en el primer momento, donde son relevantes aquellas variables que los sujetos perciben como estresantes, tales como las limitaciones ocasionadas por la enfermedad, y su valoración subjetiva de su estado de salud o

bien por el nivel de depresión. Por otra parte, el análisis descriptivo de los datos, refleja que un 86% de la muestra identifica situaciones que desencadenan sus síntomas. La cronicidad de la enfermedad y su, hasta ahora, desconocida etiología, hacen que el paciente genere expectativas en torno a ella, además la enfermedad afecta a sus actividades cotidianas. El 50% tiene limitaciones para desarrollar su trabajo, el 77,2% ha limitado sus actividades diarias y un 22,8% creen que han empeorado sus relaciones sociales.

Respecto del segundo objetivo, se realizó un análisis de regresión múltiple, el cual confirmó una correlación de los factores ambientales y del comportamiento de los sujetos en las manifestaciones de la frecuencia de la sintomatología. Esto nos per-

mite hipotetizar, que la adquisición de técnicas efectivas para amortiguar los efectos fisiológicos del estrés y la mejora de habilidades de afrontamiento, pueden redundar en una menor sintomatología. Es decir, las situaciones consideradas estresantes suponen un estado de vulnerabilidad del sistema inmunológico que favorece la actividad de la EC en algunos pacientes.

Sugerimos la importancia de determinar el valor predictor de parámetros fisiológicos, comportamentales y clínicos en el curso de la EC.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado parcialmente por DGICYT PS 94/196.

Referencias

- Abreu, L. y Chantar, C. (1991). *Enfermedad inflamatoria intestinal*. Barcelona:Prodisa.
- Andrews, H., Barczak, P. y Allan, R.N. (1987). Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 28, 1600-1604.
- Binder, V. y Riis, P. (1990). Control durante toda la vida de los pacientes de enfermedad intestinal inflamatoria. *Clinica Médica de Norte América*, 74 (1), 227-235.
- Blanchard, E.B., Schwarz, S.P., Suls, J.M., Gerardi, M.A., Scharff, L., Greene, B.R., Taylor, A.E., Berreman, C.F. y Malamood, H.S. (1992). Two controlled evaluation of multi-component psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Research and Therapy*, 30 (2), 175-189.
- Conde, V., Escriba, J.A. e Izquierdo, J.A. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología, Parte I, XXXIII*, 2, 185-206 y *Parte II, XX-XIII*, 3, 281-303.
- Crohn, B.B., Ginzburg, L. y Oppenheimer, G.D. (1932). Regional ileitis. A pathological and clinical entity. *JAMA*, 99, 1323-1329.
- Drossman, D.A., Patrick, D.L., Mitchell, C.M., Zagami, E.A. y Appelman, M.I. (1989). Health-related quality of life in Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Disease and Sciences*, 34 (9), 1379-1386.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B. (1975). *Manual of Eysenck Personality Questionnaire*. Londres:Holder and Stoughton.
- Fernández Rodríguez, C. (1989). Tratamientos psicológicos en el Síndrome de Intestino Irritable. *Psicothema*, 1-2, 71-85.
- Ford, C.V., Glover, G.A. y Castelnovo-Tedesco, P. (1969). A psychiatric Study of patients with regional enteritis. *JAMA*, 208 (2), 311-315.
- Garret, J.W. y Drossman, D.A. (1990). Health status in inflammatory bowel disease. Biological and behavioral considerations. *Gastroenterology*, 99, 90-96.
- Garrett, V.D., Brantley, P.J., Jones, G.N. y McKnight, G.T. (1991). The relation between daily stress and Crohn's disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 14 (1), 87-96.
- Gazzard, B.G. (1987). The quality of life in Crohn's disease. *Gut*, 28, 378-381.
- Gerbert, B. (1980). Psychological aspects of crohn's disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 41-58.
- Helzer, J.E., Chammas, S., Norland, C., Stillings, W.A. y Alpers, D.H. (1984). A study of the as-

- sociation between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology*, 86, 324-330.
- Joachim, G. y Milne, B. (1987). Inflammatory bowel disease: effects on lifestyle. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 483-487.
- Latimer, P.R. (1978). Crohn's disease: a review of the psychological and social outcome. *Psychological medicine*, 8, 649-656.
- Martínez, G., Fernández, Y., Rodrigo, L. y Martínez, E. (1983). Estudio epidemiológico de la enfermedad de crohn en la región asturiana. *Revista Española de Enfermedades de Aparato Digestivo*, 63 (6), 534-541.
- Milne, B., Joachim, G. y Niedhardt, J. (1986). A stress management programme for inflammatory bowel disease. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 561-567.
- Robertson, D.A.F., Ray, J., Diamond, I. y Guy, J.E. (1989). Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 30, 623-626.
- Schwartz, R.A. y Schwartz, I.K. (1982). Psychiatric disorders associated with crohn's disease. *Journal Psychiatry in Medicine*, 12 (1), 67-73
- Schwarz, S.P. y Blanchard, E.B. (1990). Evaluation of psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behavioral Research Therapy*, 29 (2), 167-177.
- Schwarz, S.P., Blanchard, E.B., Berreman, C.F., Scharff, L., Taylor, A.E., Greene, B.R., Suls, J.M. y Malamood, H.S. (1993). Psychological aspects of irritable bowel syndrome comparisons with inflammatory bowel disease and nonpatient controls. *Behavioral Research and Therapy*, 31 (3), 297-304.
- Sorensen, V.Z., Olsen, B.G. y Binder, V. (1987). Life prospects and quality of life in patients with Crohn's disease. *Gut*, 28, 382-385.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *STAI manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Szabo, S. (1985). Understanding biologic stress for study design and interpretation of results. *Digestive Disease and Sciences*, 30 (12), Suppl. 28S-31S.

Aceptado el 4 de noviembre de 1997

