

INTERVENCION PSICOLOGICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Elena García Vega

Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE OVIEDO.

RESUMEN

El estudio valora la eficacia de las técnicas de evaluación y tratamiento conductual en la enfermedad de Crohn. Se apunta la posibilidad de un factor estresante como elemento precipitante de alguna exacerbación de la enfermedad. En este sentido, se propone un tratamiento en manejo del estrés. Esta técnica conductual está encaminada al control del estrés y a la mejora de la competencia personal y social del enfermo. Cuarenta y cinco pacientes con Enfermedad de Crohn son asignados aleatoriamente a tres condiciones de tratamiento, dos grupos experimentales (G.E. manejo de estrés y G.E. manejo de estrés autoaplicado) y un grupo control (G.C. tratamiento médico).

Palabras clave: ENFERMEDAD DE CROHN. MANEJO DE ESTRES.

SUMMARY

The present study has been designed in order to assess the effectiveness of technique of behavioral assessment and treatment of Crohn's disease. Assuming that stress events have a great

influence on these patients, we propose a management stress treatment. It is intended to control stress and to improve personal and social competence of patients. Forty five patients with Crohn's disease, were radomly assigned to three treatment conditions, two experimental groups (E.G. Stress managemet, E.G. stress self-management) and one contrast group (C.G. Medical treatment).

Key words: CROHN'S DISEASE, STRESS MANAGEMENT.

INTRODUCCION

La enfermedad de Crohn (EC) es un proceso inflamatorio de evolución crónica, que puede afectar cualquier parte del tubo digestivo, si bien su localización más frecuente es el intestino. Cursa con intermitencias de actividad a lo largo de la vida del paciente, con periodos de quiescencia y periodos de exacerbación, denominados brotes.

Clínicamente, se caracteriza por la presencia de diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, manifestaciones gástricas y manifestaciones anales y perianales. Respecto a su incidencia y prevalencia existen notable diferencias geográficas. Es una enfermedad que se ha incrementado en las últimas dos décadas (Hinojosa y cols., 1990; Cebolla y cols., 1991), más común en los países del Norte de Europa (Cebolla y cols., 1991; Jewell y Lowes, 1991; Sonnenberg y cols., 1991; Ekbon, 1992) y Norte de América (Mendeloff, 1980; Sonnenberg y cols., 1991). Por lo que respecta a la edad y el sexo, es una enfermedad de adultos jóvenes (15-35 años) y afecta por igual a hombres y a mujeres (Hinojosa y cols., 1990; Sonnenberg, 1990; Sonnenberg y cols., 1991).

En la actualidad, no se puede precisar cuál es la causa exacta de este cuadro noseológico. Se investigan teorías genéticas (Hidalgo y cols., 1985; Jewell y Lowes, 1991), inmunológicas (Velo Bellver y cols., 1989; Fiocchi, 1990; Jewell y Lowes, 1991; Chadwick, 1992), infecciosas (Gitnick, 1990) y psicológicas (Plaut y Friedman, 1981; Donaldson, 1989). En general, los autores parecen estar de acuerdo en la existencia de una etiología multifactorial de la EC, donde

la interacción de factores antigénicos, genéticos de hipersensibilidad y obstrucción linfática como secuela de los mismos por la aparición de granulomas, juegan un papel indudable. Posiblemente esta concatenación de factores, conjuntamente con factores psíquicos y tal vez nuevos factores que puedan conocerse en el futuro, sean la causa de la enfermedad.

Existen evidencias sobre la influencia de factores psicológicos en el curso de la enfermedad. Los estudios han indagado fundamentalmente las relaciones entre EC y trastornos psiquiátricos, características de personalidad, incidencia del estrés y calidad de vida. Así, alrededor de un tercio de los pacientes con enfermedad de Crohn, presentan trastornos psiquiátricos, predominantemente ansiedad y depresión, (Gazzard y cols. 1978; Helzer y cols., 1984; Andrews y cols., 1987). Respecto a las características de personalidad, las investigaciones parecen señalar puntuaciones elevadas en neuroticismo, depresión e introversión (Gazzard y cols., 1978; Garrett y Drossman, 1990). En cualquier caso, es un hecho que las alteraciones psicopatológicas varían y se agravan cuando la enfermedad se encuentra en fase de brote y también dependiendo de la antigüedad de la misma, lo que sugiere que estos trastornos son secundarios a la enfermedad y a las repercusiones en el estilo de vida.

Por otra parte, parece existir un acuerdo entre los autores en el papel del estrés como desencadenante y/o como agravante de la sintomatología (Ford y cols., 1969; Schwartz y Schwartz., 1982; Szabo, 1985; Milne y cols., Schwartz y Blanchard, 1990; Garret y cols., 1991). La enfermedad en sí misma es un factor potencial que interfiere en la calidad de vida del sujeto (cansancio, tratamiento médico, esfuerzos físicos...), y, por otra parte, la enfermedad facilita la aparición de acontecimientos estresantes tales como discomfort durante largos períodos, múltiples hospitalizaciones, procedimientos intrusivos de diagnóstico, pérdida de tiempo, problemas laborales, problemas afectivos, etc. Estas situaciones pueden conducir a diversos desajustes comportamentales, que probablemente, variarán en función de las expectativas del paciente en torno a la enfermedad (pensamientos sobre su gravedad, sobre una futura hospitalización o intervención quirúrgica) y de la carencia o inadecuación

de estrategias de afrontamiento ante tales situaciones (dependencia de apoyo emocional de una persona clave, delegar responsabilidades, problemas laborales). Situaciones todas estresantes, que sin duda pueden mediar una mayor reactividad fisiológica con el consiguiente agravamiento de la sintomatología, lo que a su vez es una importante condición de estrés.

Es decir, las respuestas de estrés podrían afectar el curso de la enfermedad a través de la activación del SNS y su conexión con el eje endocrino cuyos efectos negativos más importantes son la inmunosupresión y los síntomas de tipo gastrointestinal.

Consecuentemente, parece necesario investigar, por una parte, la incidencia de acontecimientos estresantes en los pacientes con EC y, por otra, identificar y modificar los patrones de respuesta afectados. Los datos de la literatura sobre el tratamiento psicológico de la EC son escasos y las investigaciones han utilizado diversas intervenciones psicológicas, que se pueden agrupar en tres tipos: psicoterapia, biofeedback y manejo de estrés. No podemos concluir sobre la utilidad de las psicoterapias, cuyo uso estaría en principio justificado en función del posible diagnóstico psiquiátrico asociado y/o de las concepciones erróneas del paciente, en torno a la fisiología de la EC. Respecto al biofeedback, dadas las características de la enfermedad, no parece una intervención adecuada, excepto para determinados síntomas, como la incontinencia anal, en algunos pacientes. Finalmente, el manejo de estrés estaría justificado por el conocido empeoramiento de la EC en situaciones de la vida "emocionalmente" comprometidas. Son escasas las investigaciones que han evaluado la utilidad de este procedimiento con cierto rigor metodológico (Milne y cols., 1986; Schwartz y Blanchard, 1990), observándose una mejoría en los pacientes que reciben el tratamiento en manejo de estrés frente al grupo control.

Consecuentemente, hemos realizado una investigación cuyos objetivos son:

- En primer lugar indagar entre las variables clínicas y psicológicas características de estos enfermos, así como su posible incidencia en el curso de la enfermedad.
- En segundo lugar, se pretende determinar la utilidad terapéutica que la intervención psicológica, entrenamiento en "mane-

jo de estrés", puede tener a corto y medio plazo en la EC, comparándola con el poder médico convencional.

En nuestra investigación se ha realizado una intervención conductual con un programa en manejo de estrés. Para estudiar la operatividad y la efectividad diferencial de las técnicas empleadas, se realizó un diseño experimental con tres condiciones: una condición control, en la cual los pacientes no reciben ningún tipo de tratamiento específico, simplemente se atienden al proceder médico habitual, una segunda condición en la cual los pacientes se someten a un tratamiento en manejo de estrés guiado por un terapeuta y una tercera condición, que elimina los efectos del terapeuta, con un programa en "manejo de estrés autoaplicado", es decir gestionado por el propio paciente. Obviamente ambos programas son idénticos en cuanto a objetivos, procedimiento y estructuración.

Así mismo, el diseño permite evaluar la especificidad de las técnicas de manejo de estrés como recursos responsables de cambio: reductor de sintomatología e inductor de cambios comportamentales.

METODO

Sujetos

Se han estudiado 45 pacientes diagnosticados en EC en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Central de Asturias. La edad media de la muestra es de 31.7 ± 7.6 años, con un rango de 19-52 años, un 64% eran mujeres y un 36% varones, con una antigüedad media de la enfermedad de 6.5 ± 5.5 años. Todos los sujetos participaron de manera voluntaria en el estudio.

El diagnóstico médico de EC se estableció en base a criterios clínicos, analíticos, radiológicos, anatomopatológicos y en algunos casos quirúrgicos.

Los 45 enfermos que componen la muestra de estudio, cumplían los requisitos de encontrarse todos en una fase no activa de la enfermedad al inicio de la intervención psicológica, y estar tratados farmacológicamente con compuesto de 5-ASA.

El tratamiento médico realizado en este Servicio nunca incluye la modificación de la dieta en la fase quiescente. Primero, porque no parece tener efecto en el curso de la actividad de la EC. Segundo, porque el grado de seguimiento de la misma es difícil de valorar. Y, en tercer lugar, se introduciría en el estudio una variables no controlable e interfiriente sobre los resultados finales, tanto por sus posibles efectos sobre la sintomatología (en un caso concreto de diarrea o de estreñimiento), como porque las recomendaciones dietéticas podrían convertirse en una nueva condición estresante para aquellos pacientes en que la dieta entrase en competencia con sus hábitos y preferencias alimenticias.

Terapeutas

Los pacientes son diagnosticados por un gastroenterólogo, el cual tras verificar que se ajustan a los criterios previos de selección los remite al psicólogo. Todos los pacientes son vistos por el mismo psicólogo, tanto durante la fase de tratamiento, que comprendió un total de ocho sesiones, como finalizar el mismo. Se realizaron posteriormente seguimientos a los seis y a los doce meses. El seguimiento a los seis meses fue realizado por el gastroenterólogo, desconocedor de la procedencia experimental de los sujetos. El seguimiento a los doce meses, fue realizado de nuevo por el psicólogo con el fin de indagar además de variables clínicas, variables comportamentales.

Material

En la evaluación psicológica de los pacientes se emplearon diversos instrumentos:

Entrevista semiestructurada

Empleada en la primera sesión y planificada para obtener información relativa a cuestiones demográficas, laborales, sociales,

clínicas e indagar acerca de la existencia de condiciones desencadenantes.

Autorregistro de síntomas

De empleo diario, diseñado para registrar la frecuencia e intensidad de los síntomas y la respuesta del paciente y las situaciones (físicas o sociales) dentro de la lógica de antecedentes y consecuentes. Los síntomas registrados fueron los siguientes: malestar general, cansancio, fiebre, diarrea, estreñimiento, vientre hinchado, dolor abdominal, cólicos, sangre en heces y otros (fístula, vómitos, etc.).

Cuestionarios psicológicos

Se han utilizado los siguientes cuestionarios psicológicos, en la evaluación de las variables más relevantes según la literatura de la EC: Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPI), Cuestionario de ansiedad de Spielberger (STAI), Escala autoaplicada para la Depresión de Zung y Escala del Nivel de estrés y apoyo social del Departamento de Salud Mental de California.

Protocolos de seguimiento: Se han realizado seguimientos a los seis y doce meses. En el seguimiento a los seis meses realizado por el gastroenterólogo, se indagaron variables clínicas: frecuencia e intensidad de cada uno de los síntomas, medicación (adhesión y dosis)... y se consideró la valoración subjetiva del paciente respecto a su estado de salud general (muy bueno, bueno, regular y malo) y la eficacia del tratamiento psicológico.

El seguimiento a los doce meses, fue realizado por el psicólogo, y además de indagar las variables recogidas en el seguimiento a los seis meses, se indagaron variables comportamentales: posibles desencadenantes, períodos de latencia, estrategias de afrontamiento, etc.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a cada una de las tres modalidades de tratamiento que se describen a continua-

ción. La aplicación de los tratamientos comprendió en cada una de las condiciones experimentales un total de ocho sesiones individuales y con periodicidad semanal, llevadas a cabo por el mismo clínico. La primera y segunda sesión fueron comunes para todos los grupos y se invirtieron en la realización de la entrevista, en la autoobservación de la sintomatología y en proporcionar al paciente información básica sobre su enfermedad. Las seis sesiones restantes, fueron específicas para cada condición.

1.- Grupo control

Los pacientes no reciben ningún tratamiento específico, simplemente se atienden al proceder médico habitual. Como se ha comentado, acuden a la primera y segunda sesión con el terapeuta, con el fin de cumplimentar la entrevista semiestructurada, los cuestionarios psicológicos y los autorregistros de síntomas. Transcurrido el tiempo que se invertía en el tratamiento del resto de los pacientes, son citados de nuevo para recoger los autorregistros de síntomas cumplimentados en este periodo.

2.- Grupo manejo de estrés

La finalidad de esta condición era proporcionar al paciente técnicas efectivas para amortiguar los efectos fisiológicos del estrés y la tensión, y modificar sus habilidades de afrontamiento ante las situaciones provocadoras. El entrenamiento en manejo de estrés se realizó según el procedimiento descrito por Meichenbaum (1987), empleándose entrenamiento en relajación (relajación progresiva según el programa descrito por Bernstein y Borkoveck, 1983), autoinstrucciones, resolución de problemas y afrontamiento en la vida cotidiana de experiencias relacionadas con la aparición o exacerbación de la sintomatología. Básicamente, el plan de tratamiento es el descrito a continuación:

Primera y Segunda sesión: Entrevista biográfica. Cumplimentación de cuestionarios psicológicos. Información sobre la EC. Adiestramiento en el correcto cumplimiento de los autorregistros.

Tercera sesión: Entrevista y recogida de autorregistros. Se indagaban situaciones estresantes. Entrenamiento en la relajación muscular progresiva.

Cuarta y quinta sesión: Entrevista, recogida y comentario de autorregistros. Entrenamiento en relajación muscular. Discusión de respuesta de afrontamiento del sujeto. Elaboración jerárquica de acontecimientos estresantes.

Sexta y séptima sesión: Entrevista, recogida y comentario de autorregistros. Evaluación de los entrenamientos en casa. Generalización de la relajación. Exposición imaginada a ítems de la jerarquía. Entrenamiento en autoinstrucciones. Afrontamiento "in vivo" ítems superados en cada sesión.

Octava sesión: Entrevista y recogida de autorregistros. Cuestionarios psicológicos. Valoración subjetiva del tratamiento y del estado de salud.

3.- Grupo manejo de estrés autoaplicado

En esta ocasión los sujetos realizan un programa en manejo de estrés autoaplicado, en el cual es el propio paciente quien lleva a cabo el procedimiento ajustándose a un manual diseñado a tal efecto. Obviamente, este programa es idéntico en cuanto a objetivos, procedimientos y estructuración al programa de manejo de estrés gestionado por el terapeuta. Para ellos en el manual se fijan unos objetivos semanales y se realiza una valoración del grado de cumplimiento de tales objetivos. Para su mejor comprensión se ejemplifica cada paso. Por otra parte, con el fin de facilitar el entrenamiento en relajación muscular progresiva, se les entrega una cinta grabada con las instrucciones.

Esta condición tienen además la doble función de condición control al permitir neutralizar los conocidos efectos del terapeuta y del entorno, que explican parte de la varianza de los resultados.

Una vez concluida la fase de tratamiento, todos los pacientes volverán de nuevo a ser revisados y evaluados su estado de salud a los 6 y a los 12 meses.

Análisis de resultados

A.- Se realizó un análisis descriptivo de los datos demográficos, laborales, sociales, clínicos y posibles desencadenantes de la enfermedad. Para la comprensión de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios psicológicos entre la fase previa al tratamiento y la fase posterior al mismo, así como las posibles diferencias entre grupos, se ha utilizado un análisis de comparación de dos medias, prueba t de Student.

B.- Los datos relativos a la frecuencia e intensidad de la sintomatología, procedentes de los autorregistros diarios de síntomas, durante el periodo de tratamiento y el de seguimiento se someten a distintos análisis. Por una parte, se ha considerado cada uno de los síntomas aisladamente y, por otra, se ha considerado la sintomatología de manera global. Dado que la intensidad de cada síntoma es una medida subjetiva, nos centraremos en los resultados obtenidos en la frecuencia, es decir, la presencia o no de cada síntoma.

- Análisis síntoma a síntoma

La relación de síntomas es la siguiente: malestar general, cansancio, fiebre, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, cólicos, vientre hinchado, sangre en heces, otros (fistulas, vómitos...).

La frecuencia media de cada síntoma se contabiliza atendiendo a la siguiente fórmula:

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

Este valor informa del promedio de ocasiones en que cada uno de los síntomas está presente a lo largo de un periodo de tiempo convenido (8 días). De manera que se obtienen un valor de la frecuencia de cada uno de los síntomas durante cada una de las semanas de tratamiento y en los posteriores seguimientos.

El tratamiento estadístico ha sido diverso: con el fin de averiguar los posibles cambios debidos a la aplicación de los tratamientos en

cada uno de los subgrupos, se realizó un análisis de varianza con la prueba de Scheffé. Para la comparación de las medias de los grupos se aplicó la prueba t de Student para grupos independientes y para la comparación de la media de sintomatología en cada grupo entre la línea base y el final del tratamiento, la prueba t de Student para grupos apareados. Se utilizó un análisis de covarianza para ajustar los cambios observados en la sintomatología cuando en la línea base existen diferencias entre los grupos.

Se ha considerado necesario realizar un análisis de tendencias, puesto que constituye un dato importante evaluar la dimensión de temporalidad, dado que permite observar en que medida los datos se ordenan de acuerdo con una determinada tendencia. Los análisis de series temporales comparan los datos a lo largo del tiempo en diversas fases, para un sujeto o para un grupo. Por ello se ha realizado un análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) utilizando la técnica de polinomios ortogonales que permiten comprobar cuál es el componente que mejor se ajusta a una función lineal, cuadrática, cúbica, etc.

Análisis de la sintomatología global

Para el análisis de los datos, hemos obtenidos un índice de la sintomatología considerándola globalmente, de nuevo nos referiremos a la frecuencia de la sintomatología.

La sintomatología global de la frecuencia de la sintomatología (SGF) se ha cuantificado mediante el sumatorio de la frecuencia media de cada uno de los síntomas y dividido por el número total de síntomas. Esta puntuación se ha obtenido para cada uno de los grupos experimentales (grupo manejo de estrés, grupo manejo de estrés autoaplicado y grupo control) y en cuatro momentos de la intervención: en la línea base, al finalizar el tratamiento, en el seguimiento a los seis meses y en el seguimiento a los 12 meses.

Σn_j (Mal, Cansan., Fiebre, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, Cólico, V. Hinchado, Sangre, Otros)

SGF=

n síntomas (10)

El procedimiento estadístico realizado ha sido un análisis de varianza con la prueba de Scheffé, así como la prueba *t* de Student para grupos apareados considerando la sintomatología de un modo global, de acuerdo con la fórmula que se describe anteriormente.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de las variables del estudio psicológico

Como se puede ver en la tabla 1 un 86% de los pacientes identifica situaciones que desencadenan o exacerban su sintomatología, las más referidas son los conflictos laborales y familiares. Una situación referida como particularmente estresante es el período de diagnóstico, en un 62% este período fue superior a seis meses y durante esta fase de incertidumbre un 7% refiere haber recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico. A todos los pacientes les preocupa la enfermedad y sobre todo el futuro incierto de la misma. La cronicidad de la enfermedad y su, hasta ahora, desconocida etiología, hacen que el paciente genere expectativas negativas en torno a ella. Así el 53,5% de la muestra considera que la enfermedad es grave y el 27,2% cree que el tratamiento es ineficaz y muestran temor por sus posibles efectos secundarios. Un 77,2% refiere tener limitaciones en sus actividades diarias, y todos ellos refieren que en fase de brote la enfermedad afecta a todos los ámbitos de su vida.

Esta situaciones descritas, suelen provocar un incremento de los síntomas propios de la enfermedad (diarrea, dolor abdominal, vientre hinchado...) y además un deterioro de su estado de salud general (malestar, cansancio...).

Cuestionarios psicológicos

La muestra de estudio si bien presenta valores más altos (véase tabla 2) en neuroticismo, ansiedad rasgo, depresión y presencia de acontecimientos estresantes, dichas puntuaciones se encuentran

dentro del rango de la población normal. Por tanto no puede concluirse que exista una característica psicopatológica de estos enfermos, aunque sí existen evidencias de desajustes.

TABLA 1.- Análisis descriptivo de las variables del estudio psicológico

RECONOCE DESENCADENANTES	86%
Pérdida ser querido	5,4%
Problemas laborales	29,7%
Problemas familiares	19,7%
Cambios de tiempo	24,3%
Demora de diagnóstico (> 6 meses)	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%

TABLA 2.- Cuestionarios psicológicos

EPI		STAI		DEPRESION	ESTRES
Neuroticismo	Extraversión	A. Estado	A. Rasgo	Depresión	Estrés
66.9±24.7	44.4±27	47.7±28.8	57.1±30	49.2±13	13±15
Criterio población normal				Depresión	Nivel de Estrés
(puntuaciones expresadas en centiles)				Subclínica	Moderado
centil medio 50±30				35-51	10-15

Análisis de la frecuencia de la sintomatología global

A.- Diferencias entre grupos. La tabla 3 muestra la frecuencia media de la sintomatología global en cada uno de los grupos (Grupo 1= Manejo de estrés, Grupo 2= Manejo de estrés autoaplicado y Grupo 3= Control), y en cada una de las fases experimentales (Línea Base, Final del tratamiento, Seguimiento a los seis meses y Seguimiento a los doce meses).

TABLA 3.- Análisis de la frecuencia de la sintomatología global

	FRECUENCIA SINTOMATOLOGIA GLOBAL			
	Línea Base	Final	Seguim. 6 m.	Segui. 12 m.
	F= 0.41	F= 0.004	F= 0.005	F=0.04
Grupo 1	228.88±178	129.69±95	181.23±145	157.04±148
Grupo 2	184.62±118	112.96±126	86.97±90	78.97±102
Grupo 3	266.64±198	316.12±256	259.93±163	210.41±162
G.1/G.2	N.S	N.S	P<0.05	N.S
G.1/G.3	N.S	P<0.01	N.S	N.S
G.2/G.3	N.S	P<0.01	P<0.005	P<0.01

Como se observa en la tabla, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el período de la línea base ($F= 0,41$) y sí son estadísticamente significativas las diferencias tanto al finalizar el tratamiento ($F= 0.004$) como en los posteriores seguimientos ($F= 0.005$ y $F= 0.04$).

B.- Diferencias intra grupos. Como se observa en la tabla 4, mientras para el grupo manejo de estrés autoaplicado existen diferencias significativas entre la línea base, el final del tratamiento ($p<0.05$) y los posteriores seguimientos ($p<0.005$ y $p<0.01$), en el

grupo control estas diferencias no son nunca estadísticamente significativas (final, $p < 0.14$; seguimiento a los seis meses, $p < 0.84$ y seguimiento a los doce meses, $p < 0.20$).

En el grupo manejo de estrés se observa un decremento de la frecuencia de la sintomatología al finalizar el tratamiento ($p < 0.005$), pero no se mantiene en el seguimiento a los 6 meses ($p < 0.27$), aunque de nuevo se observa en el seguimiento anual ($p < 0.006$).

Procedimiento estadístico síntoma a síntoma

Se ha realizado un análisis de tendencias de medidas repetidas, mediante contrastes polinomiales ortogonales, considerando una variable entre (los grupos experimentales) y una variable intra (las medidas repetidas).

En este análisis se han considerado cada uno de los síntomas aisladamente (malestar general, cansancio, diarrea, estreñimiento, vientre hinchado y dolor abdominal) y la puntuación media de la frecuencia de la sintomatología de cada uno de los grupos, en los siguientes momentos de la intervención: Línea base, final del tratamiento, seguimiento a los seis meses y seguimiento a los doce meses.

Como se observa en la tabla 4, en el grupo manejo de estrés existe una tendencia lineal decreciente, con diferencias estadísticamente significativas al finalizar el tratamiento y en los posteriores seguimientos respecto a la línea base, en la frecuencia de los siguientes síntomas: estreñimiento ($p < 0.07$, $p < 0.04$, $p < 0.08$) y dolor abdominal ($p < 0.005$, $p < 0.07$, $p < 0.01$). En el grupo manejo de estrés autoaplicado, existen diferencias estadísticamente significativas en los síntomas malestar general (N.S., $p < 0.09$, $p < 0.01$) y cansancio ($p < 0.06$, $p < 0.01$, $p < 0.001$).

En el grupo control, no existen diferencias estadísticamente significativas, y aquellos síntomas, (estreñimiento, vientre hinchado), que presentan una reducción de la frecuencia en algún momento de la intervención, muestran una tendencia cúbica, indicativa de su oscilación.

TABLA 4.- Procedimiento estadístico síntoma a síntoma

GRUPO MANEJO DE ESTRÉS								
SINTOMAS	L.B	FINAL	L.B./FINAL	SEG.1	L.B./SEG.1	SEG.2	L.B/SEG.2	TENDENCIA
Malestar Gral.	32.3±35.6	20.7±33.0	N.S	32.3±33.4	N.S	26.6±38.5	N.S	LINEAL
Cansancio	59.4±37.4	36.9±43.0	p<0.06	52.3±34.4	N.S	51.4±36.1	N.S	LINEAL
Diarrea	20.4±27.7	34.1±43.3	p<0.08*	19.0±35.5	N.S	24.7±42.6	N.S	LINEAL
Estreñimiento	14.2±29.4	2.8±07.8	p<0.07	4.7±14.9	p<0.04	0	p<0.08	LINEAL
Dolor	44.2±39.9	14.2±26.4	p<0.005	22.8±28.9	p<0.07	13.3±28.2	p<0.01	LINEAL
Vientre hinchado	37.1±39.0	11.3±27.0	p<0.01	27.5±32.9	N.S	12.3±23.4	P<0.02	CUBICA
SINTOMAS GLOBAL	228.88±178	129.69±95	P<0.005	181.23±145	N.S	157.04±148	P<0.06	
GRUPO MANEJO DE ESTRÉS AUTOAPLICADO								
Malestar Gral.	32.1±39.9	27.6±45.3	N.S	15.2±27.7	p<0.09	6.6±25.8	p<0.01	LINEAL
Cansancio	62.8±40.6	41.8±44.6	p<0.06	31.3±34.2	p<0.01	21.8±30.4	p<0.001	LINEAL
Diarrea	29.4±38.2	12.2±19.9	N.S	8.5±15.0	p<0.07	11.4±25.4	N.S	LINEAL
Estreñimiento	4.2±08.4	0.9±03.6	N.S	5.7±22.1	N.S	0	p<0.07	LINEAL
Dolor	16.0±20.1	6.6±12.9	p<0.05	8.5±15.9	N.S	17.1±29.1	N.S	LINEAL
Vientre hinchado	26.0±36.8	14.2±32.2	N.S	12.8±22.6	p<.07	9.5±25.6	p<0.05	CUBICA
SINTOMAS GLOBAL	184.62±118	112.96±126	p<0.05	86.97±90	p<0.005	78.97±102	p<0.01	
GRUPO CONTROL								
Malestar Gral.	47.2±46.0	47.1±50.3	N.S	43.7±48.1	N.S	25.6±39.0	N.S	CUBICA
Cansancio	58.0±46.9	59.0±50.0	N.S	51.4±49.1	N.S	51.4±49.1	N.S	LINEAL
Diarrea	36.1±41.9	50.4±45.7	N.S	22.8±38.4	N.S	38.0±46.6	N.S	LINEAL
Estreñimiento	12.8±28.0	23.7±43.0	N.S	0.9±03.6	N.S	0	p<0.07	CUBICA
Dolor	49.0±46.0	48.0±48.0	N.S	62.8±41.7	N.S	47.6±47.5	N.S	LINEAL
Vientre hinchado	39.0±42.1	48.5±49.1	p<0.05*	44.7±45.1	N.S	33.3±45.0	N.S	CUBICA
SINTOMAS GLOBAL	266.64±198	316.12±256	N.S	259.93±163	N.S	210.41±162	N.S	

TABLA 5.- Seguimientos

	SEGUIMIENTO A LOS DOCE MESES		
	G. MANEJO DE ESTRES	G.M. ESTRES AUTO-APLICADO	G. CONTROL
RECONOCE			
ANTECEDENTES (F=0.19)	93.3%	60%	73.3%
Conflictos laborales o familiares	40%	40%	33.3%
Otras situaciones de estrés	33%	--	---
Otros (dieta, tiempo...)	20.3%	20%	40%
PERIODO DE LATENCIA:			
Inmediato	46.7%	40%	40%
Varios días	46.7%	20%	26%
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
- Piensa que puede modificar situación ($p<0.01$)	46.7%	40%	---
-Utiliza estrategias aprendidas	80%	60%	---
Relajación	13.3%	6.7%	---
Respiración profunda	6.7%	--	---
Parada de pensamientos	6.7%	13.3%	---
Más de dos opciones	53.3%	40%	---
Nada	20%	--	13.3%
Otros (acostarse, infusiones..)	--	33.3%	86.7%
- Resuelve con éxito (F= 0.08)	40%	20%	6.7%

SEGUIMIENTOS

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos en el análisis de los síntomas, comentados anteriormente. Además se han indagado otras variables comportamentales (posibles desencadenantes, período de latencia, estrategias de afrontamiento...), donde se observa la diferencia entre los distintos grupos de tratamiento. El análisis

estadístico de estos datos ha sido un análisis de varianza y la prueba χ^2 . En la tabla 5 se observa que es el grupo de manejo de estrés el que refiere reconocer más situaciones antecedentes (93.3%), frente al grupo de manejo de estrés autoaplicado (60%) y el grupo control (73.3%). Así mismo, es el grupo de manejo de estrés quién utiliza mayor número de estrategias de afrontamiento aprendidas (80%), frente a un 60% del grupo manejo de estrés auto-aplicado; que se traducen en un mayor número de situaciones resueltas con éxito, 40% el grupo manejo de estrés, 20% el grupo manejo de estrés autoaplicado y 6.7% el grupo control.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Las dificultades para una correcta valoración clínica, anatómica y más aún, terapéutica de la EC, residen en el desconocimiento de los factores que determinan la etiología de la enfermedad. Actualmente, la herencia, agentes infecciosos o virales, fenómenos inmunológicos o factores psíquicos, centran el debate y canalizan la investigación. La exacerbación de la EC en las condiciones de estrés, tanto relacionadas con el curso de la enfermedad como con otros acontecimientos psicosociales, ha sido señalada en numerosos estudios (Ford y cols., 1969; Schwartz y Schwartz, 1982; Szabo, 1985; Schwartz y Blanchard, 1990; Garret y cols., 1992), y es conocido que los factores psicológicos pueden tener efecto en el sistema fisiológico, en particular en la motilidad gastrointestinal y en la respuesta inmune. Nuestro estudio se ha centrado, en primer lugar, en la repercusión que los factores psicológicos pueden tener en el inicio y/o desarrollo de la enfermedad; en segundo lugar en determinar la eficacia de un tratamiento en manejo de estrés comparándolo con la eficacia de un tratamiento médico convencional. Además se pretendió identificar la eficacia diferencial de un tratamiento en manejo de estrés autoaplicado y un tratamiento en manejo de estrés gestionado por un terapeuta.

Los resultados relativos a los datos demográficos (edad: 31.7 ± 7.6 y sexo: 64% mujeres y 36% varones), y clínicos (síntomas, número de brotes/año: 1 ± 1 , complicaciones asociadas: 27%, antecedentes

familiares: 28.9%, medicación, demora de diagnóstico superior a 6 meses: 60%...) de los pacientes, permiten asegurar que en lo que concierne a estas variables, la muestra era representativa de la población afectada con EC según se describe en la literatura. En cuanto a las características psicológicas, las puntuaciones obtenidas por nuestra muestra se encuentran dentro del rango de normalidad, por lo que si bien los datos están en la misma dirección que los descritos por la literatura, no se observan diferencias estadísticamente significativas respecto de la población general.

Los resultados sobre la evolución de la sintomatología son muy reveladores. En conjunto, el tratamiento médico más el tratamiento psicológico muestran una superioridad respecto a la simple intervención médica. Los beneficios del tratamiento psicológico los confirma el hecho de que después de un seguimiento de un año, los resultados se mantengan con escasas variaciones, observándose una mejoría en los grupos de tratamiento psicológico y no así en el grupo control. En este último grupo, algunos pacientes han empeorado y otros han mejorado, y en todo caso caen dentro de la evolución clínica normal (con periodos de remisión y otros de agravamiento).

Este estudio no nos permite conocer la utilidad específica de las técnicas de manejo de estrés empleadas, es decir, cuál de los distintos recursos, induce a mayor mejoría. Así, la mejoría podrá atribuirse por una parte a una mejor información en torno a la enfermedad que disipe falsas expectativas, por otra parte a un mejor reconocimiento e identificación de las situaciones desencadenantes conjuntamente con un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento frente a tales situaciones y finalmente a la adquisición de técnicas efectivas para amortiguar los efectos fisiológicos del estrés. Si bien no se puede precisar con exactitud la relación fisiológica entre estrés y procesos inflamatorios, sí parece estar fuera de duda que las situaciones consideradas estresantes suponen un estado de vulnerabilidad del sistema inmunológico que podría favorecer la actividad de la EC en algunos pacientes.

Respecto a la modalidad de terapia conductual que consigue mayores beneficios en la reducción de la sintomatología, parece ser el grupo manejo de estrés autoaplicado. Estos resultados son

contrarios a lo que cabría esperar, primero porque se utiliza el mismo procedimiento y segundo porque no se observan los supuestos efectos del terapeuta. Una posible explicación de estos resultados son las particularidades conductuales y clínicas de cada una de las muestras. Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la línea base, los pacientes de esta condición presentan características de mejor pronóstico tales como: menor frecuencia e intensidad de la sintomatología, menor número de brotes, menores desajustes psicológicos, etc. Por otra parte, en el análisis síntoma a síntoma, se observan las mejorías más importantes en los síntomas malestar general y cansancio, síntomas considerados más subjetivos. En cualquier caso, esta mejoría no parece razonable atribuirla a efectos inespecíficos, sino más bien a la efectividad de las técnicas.

En cuanto a la mejora de habilidades de afrontamiento en situaciones de estrés, es el grupo manejo de estrés con terapeuta el que refiere un mayor cambio. Un 80% de los pacientes refiere haber adquirido nuevas estrategias de afrontamiento (parada de pensamientos, respiración profunda, relajación), frente al grupo manejo de estrés autoaplicado que son un 60%. Consecuentemente, es el grupo manejo de estrés con terapeuta el que refiere resolver con éxito mayor número de situaciones antecedentes de la sintomatología.

A la luz de estos resultados, sostenemos en primer lugar la superioridad del tratamiento conductual frente a la intervención médica exclusivamente. En segundo lugar la utilidad práctica en la clínica de esta investigación, dado que las ventajas del tratamiento psicológico no pueden ser atribuidas a factores inespecíficos, tales como la atención dispensada, puesto que es precisamente el tratamiento en manejo de estrés autoaplicado quien presenta mayor mejoría. Dada la fácil aplicación de dicho programa y sus óptimos resultados, su utilización podría redundar en una reducción de costes para la Salud Pública y para el propio paciente.

Por último, hay que señalar que serían interesantes futuros estudios de carácter longitudinal, en los cuales se seleccionase la muestra en función de la edad, la antigüedad, la presencia de desencadenantes, manifestaciones extradigestivas... Así mismo, si bien

la eficacia del tratamiento en manejo de estrés autoaplicado no parece deberse a efectos inespecíficos, sugiere la conveniencia de nuevas investigaciones que incorporen un tratamiento placebo.

BIBLIOGRAFIA

- Andrews, H.; Barczack, P. y Allan, R.N. (1987): Psychiatric illness in patients with inflammatory bowell disease. *Gut*, **28**, 1600-1604.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983): *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer, S.A.
- Cebolla, J.; López Zaborras, J.; Sopena, F.; Nerín, J.M.; Gomollón, F. y Sainz, R. (1991): Aspectos epidemiológicos de la enfermedad de Crohn en Zaragoza. *Revista Española de Enfermedades del Aparato Digestivo*, **79**(3), 186-189.
- Chadwick, V.S. (1992): Immunology of inflammatory bowel disease. *Current Opinion in Gastroenterology*, **8**, 634-640.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1989): *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*.
- 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, XXXIII, 3*, 281-303.
- Donaldson, R.M. (1989): Crohn's disease. En Sleisenger, M.H. y Fordtran, J.S. *Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management*. Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1327-1358.
- Ekbom, A. (1992): Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Current Opinion in Gastroenterology*, **8**, 649-654.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B. (1975): *Manual of Eysenck Personality Questionnaire*. Londres: Holder and Stoughton.
- Fiochi, C. (1990): Immune event associated with inflammatory Clinic Foundation. *Scandinavian Journal Gastroenterology*, Suppl. 172, 4-12.
- Ford, C.V.; Glover, C.A. y Castelnouvo-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.

- Gazzard, B.G.; Price, H.L.; Libby, G.W. y Dawson, A.M. (1978): The social toll of Crohn's disease. *British Medical Journal*, **2**, 1117-1119.
- Gitnick, G. (1990): Etiology of inflammatory bowel diseases: where have we been? Where are we going?. *Scandinavian Journal Gastroenterology*, Suppl. 175, 93-96.
- Helzer, J.E.; Chammass, S.; Norland, C.; Stillings, W.A y Alpers, D.H. (1984): A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology*, **86**, 324-330.
- Hidalgo, M.; Cabrero, F. y De la Fuente, F. (1985): Enfermedad de Crohn. Comentario sobre 43 casos intervenidos. *Revista Española de Enfermedades de Aparato Digestivo*, **67** (1), 3-14.
- Hinojosa, J.; Primo, J.; Lledó, S.; López, A.; Roig, J.V. y Fernández, J. (1990): Incidencia de la enfermedad inflamatoria de intestino en Sagunto. *Revista Española de Enfermedades de Aparatos Digestivo*, **78** (5), 283-287.
- Jewell, D.P. y Lowes, J.R. (1991): Etiología y patogenia de la colitis ulcerosa y de la enfermedad de Crohn. *Triángulo*, **29** (1/2), 19-23.
- Meichenbaum, D. (1987): *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Mendeloff, A.I. (1980): The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Clinics in Gastroenterology*, **9** (2), 259-270.
- Milne, B.; Joachim, G. y Niedhardt, J. (1986): A stress management programme for inflammatory bowel disease. *Journal of Advanced Nursing*, **11**, 561-567.
- Plaut, S.M. y Friedman, S.B. (1981): Psychological factors in infectious disease. En R. Ader (ED.). *Psychoneuroimmunology*, 3-30. Londres. Academic Press.
- Schwartz, R.A. y Schwartz, I.K. (1982): Psychiatric disorders associated with Crohn's disease. *Journal Psychiatry in Medicine*, **12** (1), 67-73.
- Schwartz, S.P. y Blanchard, E.B. (1990): Evaluation of psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behavioral Research Therapy*, **29**(2), 167-177.
- Sonnenberg, A. (1990): Hospital discharges inflammatory bowel disease. Time trends from England and the United States. *Digestive Disease and Sciences*, **35** (3), 375-381.
- Sonnenberg, A.; McCarty, D.J. y Jacobsen, S.J. (1991): Geographic variation of Inflammatory bowel disease within the United States. *Gastroenterology*, **100** (1), 143-149.
- 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.

Velo Bellver, J.L.; Martínez Prieto, C.; Sebastián Domingo, J.; Bañares Cañizares, R.; Clemente Ricote, G.; Medina, M.C. y Alcalá Santaella, R. (1989): Evolución de la inmunidad celular en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal crónica. *Revista Española de Enfermedades de Aparato Digestivo*, **75** (6), 572-576.