

**ARTÍCULOS**

**Tratamiento psicológico protocolizado  
en grupo de las enfermedades  
inflamatorias intestinales: efectos  
sobre la calidad de vida**

***Protocolized group psychological  
treatment of inflammatory bowel disease:  
its impact on quality of life***

**MIGUEL ÁNGEL DÍAZ-SIBAJA<sup>1</sup>**  
**MARÍA ISABEL COMECHE-MORENO<sup>2</sup>**  
**BLANCA MAS-HESSE<sup>2</sup>**  
**MARTA DÍAZ GARCÍA<sup>2</sup>**  
**MIGUEL ÁNGEL VALLEJO PAREJA<sup>2</sup>**

Fecha de Recepción: 02-07-2007

Fecha de Aceptación: 17-07-2008

**RESUMEN**

*La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica que afecta notablemente a la calidad de vida del paciente. El principal objetivo de este estudio fue demostrar la eficacia de un programa de tratamiento psicológico protocolizado para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La muestra estuvo constituida por 57 pacientes diagnosticados de EII (33 programa de tratamiento en grupo y 24 grupo control en lista de espera). Las variables dependientes fueron: síntomas digestivos, síntomas sistémicos, afectación funcional, función emocional y afectación social (Cuestionario de calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal (SIBDQ), López-Vivancos y*

<sup>1</sup> Facultativo especialista de Área en Psicología Clínica. Equipo de Salud Mental de distrito (ESMD) de Algeciras. [diazsibaja@ono.com](mailto:diazsibaja@ono.com)

<sup>2</sup> Profesora titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la UNED.

cols., 1999). Los resultados revelan que el programa de tratamiento psicológico resultó eficaz para producir una mejoría significativa en todas las variables de calidad de vida a la finalización del mismo, al compararlo con el grupo control en lista de espera. Si bien las diferencias se mantienen en 4 de los 5 aspectos evaluados a los 3 meses de seguimiento, a los 12 sólo se mantienen las diferencias en uno de ellos.

### **ABSTRACT**

*The inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic illness that affects notably the quality of life of patients. The main objective of this study was to demonstrate the effectiveness of a protocolized group psychological treatment aimed at improving patient quality of life. The sample consisted of 57 patients suffering inflammatory bowel disease (33 in the treatment group and 24 on the waiting list control group). The dependent variables included digestive symptoms, systemic symptoms, functional affectation, emotional function and social affectation as measured by the Questionnaire of quality of life in the inflammatory bowel disease (SIBDQ, López-Vivancos and cols., 1999). The results revealed that the psychological treatment of the inflammatory bowel disease was effective to produce a significant improvement of all quality of life variables compared with the waiting list control group. Although the differences remained significant in 4 of the 5 variables 3 months later, they kept significant only in one variable 12 months later.*

### **PALABRAS CLAVE**

*Enfermedad inflamatoria intestinal, Tratamiento cognitivo conductual, Tratamiento protocolizado, Tratamiento multicomponente, Calidad de vida.*

### **KEY WORDS**

*Inflammatory bowel disease, Cognitive-behavioural treatment, Protocolized treatment, Multi-component psychological treatment, Quality of life.*

## INTRODUCCIÓN

El término de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se usa para referirse a un grupo de enfermedades del aparato digestivo, de evolución crónica y recurrente, que se caracterizan por la presencia de una inflamación en las paredes del tracto. Dicha inflamación genera ampollas, que pueden llegar a romperse y convertirse en úlceras.

Dentro de la categoría de EII se hayan la enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa, cuyos síntomas más característicos, aunque no los únicos, por ser enfermedades sistémicas que pueden afectar a todo el organismo, son: diarrea, dolor abdominal, fiebre, malestar general, cansancio, pérdida de apetito, debilidad, anemia y pérdida de peso (Pecasse, 1998; Vilaseca, Casellas y Guarner, 1996; Medline Plus, 2007).

Al tratarse de una enfermedad crónica, puede llegar a afectar considerablemente a la calidad de vida del paciente y, por ende, a las dimensiones físicas, psicológicas, familiares y sociales del enfermo. En el caso de la EII, la afectación de la calidad de vida puede ser aún mayor, ya que la intervención médica supone la utilización de tratamientos prolongados (que, con frecuencia, generan efectos secundarios adversos), la realización de pruebas diagnósticas intrusivas, la posibilidad de intervenciones quirúrgicas, las revisiones periódicas y/o los ingresos hospitalarios.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud englobaría aspectos relacionados con parámetros objetivos de salud, grado de funcionalidad del enfermo, grado de interacción con el medio y otros aspectos más subjetivos como, la percepción de la propia salud y el sentido general de satisfacción.

En términos generales, la calidad de vida del paciente viene determinada por el grado de afectación física de la enfermedad, aunque no siempre se observa una relación directa entre la gravedad de los síntomas y el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, por lo que se hace necesario el análisis de otras dimensiones de afectación, como: los aspectos emocionales (ansiedad o depresión), conductuales (cambios en el estilo de vida) y cognitivos (conocimiento acerca de la enfermedad o falsas creencias) del enfermo, los cambios producidos en la dinámica familiar y las implicaciones sociales y laborales (MacPhee, Hoffenberg y Feranchak, 1998; López-Vivancos, Casellas, Badia, Vilaseca y Malagelada, 1999; Rubin, Hungin, Chinn y Dwarakanath, 2004).

La calidad de vida percibida por el paciente no sólo afecta a los aspectos físicos y psicosociales del enfermo, sino que también va a tener repercusiones importantes en la utilización de los servicios sanitarios y en la distribución de los recursos médicos. En este sentido, se ha observado que una peor calidad de vida predice un mayor número de visitas al médico por parte de estos

pacientes (de Boer, Sprangers, Bartelsman, de Haes, 1998).

La relación existente entre la enfermedad y los aspectos psicosociales, el hecho de que muchos pacientes no saben qué hacer ni cómo afrontar los problemas generados por la enfermedad y la alta comorbilidad existente entre el padecimiento de la EII y los trastornos psicopatológicos, ha llevado a algunos autores a desarrollar e implementar programas de intervención psicológicos (Susen, 1978; Joachin, 1883; Wakeman y Mestayer, 1985; Milne, Joachin y Nierdhardt, 1986; Shaw y Ehrlich, 1987; Schwarz y Blanchard, 1990; García-Vega y Fernández, 1995, 2004; Díaz-Sibaja, 2006), cuyo objetivo principal es el de enseñar a estos pacientes estrategias de afrontamiento efectivas que les permitan solucionar los trastornos psicológicos asociados, mejorar la calidad de vida y afrontar de manera más eficaz las demandas de la enfermedad.

En el informe Task Force para la promoción y difusión de los procedimientos psicológicos eficaces, de la división de psicología clínica de la Asociación de Psicología Americana (APA, 1995), se determina que la eficacia de un determinado tratamiento psicológico viene avalada por la presencia de los siguientes tres criterios: a) estar respaldada por la existencia de al menos dos estudios de investigación distintos, con diseños experimentales intergrupales de, al menos, 30 sujetos por cada grupo; b) desarrollo de un manual

de tratamiento protocolizado, en el que se describa claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento; c) y, por último, que el programa haya demostrado su eficacia al ser utilizado con una muestra identificada con arreglo a los mismos criterios diagnósticos.

Los manuales de tratamiento protocolizados aportan claras ventajas tanto en la práctica clínica, como en la investigación y en la formación de psicólogos (Hickling y Blanchard (1997). En la práctica clínica suponen un ahorro de tiempo para el clínico, en el sentido de que permiten realizar el análisis funcional de la enfermedad, elegir las conductas objetivo de tratamiento y seleccionar las estrategias de intervención adecuadas, en base a la eficacia demostrada. En cuanto a la investigación, facilitan la replicación de los resultados y el diseño de otros estudios experimentales que busquen determinar la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa multicomponente. En relación a la formación de otros clínicos, facilitan la formación de aquellos profesionales que quieran intervenir sobre los procesos psicológicos de la EII y la difusión de las estrategias que han demostrado su eficacia con este tipo de pacientes.

Por último, merece la pena analizar el interés que han despertado las intervenciones grupales con respecto al tratamiento individual. A este respecto, dicho interés podría explicarse aludiendo a una mejor relación coste-beneficio y, por otro lado, a las ventajas que supone el

formato de intervención en grupo como, por ejemplo, permite a los pacientes aprender unos de otros, adquirir distintas perspectivas de un mismo problema, fomentar la motivación y la adherencia al tratamiento, recibir apoyo y refuerzo del grupo, etc. (Corey, 1995; Morrison, 2001).

El principal objetivo del presente trabajo experimental fue demostrar la eficacia de un programa de tratamiento psicológico protocolizado y administrado en grupo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EII. Para ello se compararon los resultados en calidad de vida de un grupo de pacientes que siguieron dicho programa con los de otro grupo de pacientes sin tratamiento.

## MÉTODO

### Muestra

La evaluación inicial de esta investigación se realizó con una muestra de 57 pacientes diagnosticados de EII (34 con enfermedad de Crohn y 23 con colitis ulcerosa), pertenecientes a las asociaciones de enfermos de Crohn y colitis ulcerosa de España.

Los criterios de exclusión de la muestra fueron los de ser menor de 18 años, estar en fase activa de la enfermedad al inicio de la intervención psicológica, encontrarse en tratamiento psicológico paralelamente a la intervención que se iba a realizar y mostrar índices de psico-

patología severa en los cuestionarios cumplimentados al inicio del tratamiento.

La muestra se distribuyó aleatoriamente en dos grupos experimentales, 33 formaron parte del programa de tratamiento en grupo y 24 fueron asignados al grupo control en lista de espera.

Como puede apreciarse en la tabla nº 1, no se produjo ningún abandono durante las sesiones de tratamiento ya que todas las personas que lo iniciaron (N=33) finalizaron el tratamiento. Sin embargo el número de participantes disminuyó ampliamente en el grupo control (un 41%), e igualmente fue disminuyendo en los seguimientos del grupo experimental, siendo la mortandad experimental a los 12 meses del 45%. No obstante, este último dato no puede ser considerado como frecuencia de abandono, ya que se debió a causas externas a los pacientes. El terapeuta que impartió el programa de tratamiento psicológico grupal en Cádiz abandonó el proyecto de investigación, por lo que sólo se pudo realizar el seguimiento de los 3 meses con estos pacientes.

### Instrumentos de medida

*Cuestionario de calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal (SIBDQ)* (López-Vivancos, Casellas, Badía, Vilaseca y Malagelada, 1999). Este cuestionario evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con

**Tabla nº 1. Número de sujetos en cada grupo y fase de la investigación**

Grupo experimental	Evaluación inicial	Evaluación post-tratamiento	Evaluación 3 meses	Evaluación 6 meses	Evaluación 12 meses
Tratamiento en grupo	33	33	31	22	18
Grupo control	24	14	–	–	–
<b>TOTAL</b>	57	47	–	–	–

EII. La versión española de este cuestionario contiene 36 ítems que se agrupan en las siguientes 5 dimensiones:

a) Síntomas digestivos. Síntomas digestivos que el paciente ha tenido durante las dos últimas semanas, y está compuesta por 8 ítems. Algunos de los síntomas que mide esta escala son: número de deposiciones, presencia de diarreas, frecuencia de retortijones, problemas de sangrado, etc.

b) Síntomas sistémicos. Sintomatología menos específica, como, por ejemplo, sensación de fatiga o cansancio, malestar, pérdida de peso, náuseas o ganas de vomitar, etc. Esta escala está compuesta por 7 ítems.

c) Afectación funcional. Grado de afectación que la EII produce en las actividades cotidianas del enfermo, haciendo referencia a actividades como, por ejemplo, incapacidad para estudiar o trabajar, dificultades en la realización de actividades de ocio y tiempo libre, alteraciones en

el sueño, impedimento para la realización de algún deporte, etc.

d) Función emocional. Síntomas emocionales que se pueden dar como consecuencia del padecimiento de la EII. Algunos de los ítems medidos son: frustración, impaciencia o inquietud por el padecimiento de la enfermedad, preocupación ante la posibilidad de tener que operarse, miedo a padecer un cáncer, tristeza o desánimo a causa de la enfermedad, etc.

e) Afectación social. Problemas sociales que se derivan del padecimiento de la enfermedad, como, por ejemplo, evitación de actividades sociales, sentimientos de vergüenza a causa de algunos síntomas, problemas en las relaciones sexuales, sensación de satisfacción con la vida personal y relacional, etc.

Las opciones de respuesta y la puntuación en cada una de las escalas se basan en una escala de 7 puntos, donde una puntuación de 1 refleja la peor calidad de vida y una puntuación de 7 la mejor.

## **Procedimiento**

El estudio experimental estuvo formado por 5 fases: selección de la muestra, evaluación inicial (pre-tratamiento), tratamiento, evaluación de los efectos producidos por la intervención (post-tratamiento) y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Para seleccionar a la muestra se convocó a los miembros de la asociación de Crohn y colitis ulcerosa de Madrid y de Cádiz a una sesión informativa en la que se les explicó en qué consistía el programa de tratamiento y se les informó acerca del compromiso firmado al que debían comprometerse, que incluía, entre otros aspectos, cumplimentar los cuestionarios y el auto-registro de síntomas en todos los momentos de evaluación programados, asistir a las sesiones, implicarse de forma activa en el programa (leer semanalmente el capítulo correspondiente a la sesión y realizar las tareas para casa) y mantener invariable la medicación que estuvieran tomando al comienzo del programa o informar a los terapeutas de sus posibles variaciones.

Una vez seleccionada la muestra y repartidos los sujetos entre los distintos grupos experimentales, se evaluaron las variables dependientes mediante los instrumentos de medida anteriormente descritos.

A los pacientes del programa de tratamiento en grupo se les citó para una sesión de evaluación conjunta, momento en el cual se les administraron los distintos cuestionarios de evaluación.

A los pacientes del grupo control en lista de espera se les envió una carta, adjuntando en ésta los cuestionarios y un sobre franqueado para que lo remitieran lo antes posible.

## **Tratamiento en grupo**

El programa de tratamiento completo comprendió un total de 10 sesiones presenciales en grupo, de dos horas de duración cada una de ellas y con una periodicidad semanal.

La estructura de cada una de las sesiones abarcaba los siguientes aspectos: a) revisión de las tareas y auto-registros de la semana anterior; b) explicación didáctica de los distintos factores que influyen en el trastorno; c) aprendizaje y práctica de cada una de las estrategias terapéuticas; y d) tareas y auto-registros para casa. Al finalizar cada una de las sesiones, se repartía a los pacientes un dossier en el que se resumían los aspectos más importantes de la sesión y las tareas que se aconsejaban para la semana.

Para la realización de esta investigación, se elaboró un manual de tratamiento protocolizado, de 136 páginas, destinado a los terapeutas, en el que se describe detenida y pormenorizadamente todos los registros, ejercicios, dinámicas grupales, tareas para casa y explicaciones que el terapeuta debería dar en cada una de las 10 sesiones de intervención. Asimismo, se grabó para la ocasión y se proporcionó a los pacientes un CD de relajación

para que les sirviera como guía y les facilitara el aprendizaje de las distintas técnicas de disminución de la activación.

A continuación se resume brevemente el contenido de cada una de las sesiones.

*Primera sesión:* información más relevante de la EII: características, causas, síntomas, diagnóstico y posibilidades de tratamiento.

*Segunda sesión:* modelo de afrontamiento (análisis de los factores que influyen en la enfermedad y explicación de las distintas estrategias de afrontamiento).

*Tercera sesión:* estrategia de solución de problemas. Así mismo, se empezó a practicar la técnica de "respiración tranquilizadora".

*Cuarta sesión:* entrenamiento en "relajación muscular progresiva".

*Quinta sesión:* módulo de habilidades sociales. Los objetivos eran: introducir el concepto de asertividad, eliminar los obstáculos que pudieran interferir en la comunicación asertiva y mejorar la comunicación entre el paciente y el médico.

*Sexta y séptima sesiones:* técnicas de habilidades sociales, dirigidas a mejorar las relaciones que mantenían con otras personas, con familiares y amigos. Así mismo, se les enseñó a utilizar técnicas de distracción de la atención, con el fin de disminuir las sensaciones subjetivas de malestar generadas por los síntomas.

*Sesiones octava y novena:* procedimiento de reestructuración cognitiva, se enseñó a los pacientes a registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos que generan sentimientos de ansiedad y depresión.

*Última sesión.* Esta sesión perseguía el objetivo de hacer que los pacientes asumieran que eran una parte activa, responsable e importantísima en el tratamiento de su enfermedad, y que las estrategias que habían aprendido en el transcurso de las sesiones podían ser utilizadas, no sólo para los problemas relacionados con la enfermedad, sino también con cualquier otro problema de la vida diaria.

En cada una de las sesiones, se repartía a los sujetos un resumen de los conceptos que se iban a trabajar en dicha sesión y las tareas que se aconsejaba que realizaran durante el periodo inter-sesiones.

### **Grupo control**

Mientras tanto, el grupo control permaneció a la espera de cumplimentar de nuevo los cuestionarios correspondientes a la fase de post-test y comenzar con el programa de intervención grupal.

## **RESULTADOS**

Al no cumplir con los criterios de bondad de ajuste y de homogeneidad de las varianzas, se decidió utilizar la prueba no paramétrica de



Friedman. Dicha prueba permite analizar las diferencias que se producen en cada una de las variables en las distintas fases experimentales (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses).

Los análisis comparativos entre ambos grupos se realizaron mediante el coeficiente de correlación Eta, pero sólo durante las fases de pre-test y post-test, debido a los problemas éticos que suponía mantener

esperando al grupo control durante los 3, 6 y 12 meses que duraba la fase de seguimiento.

En la tabla nº 2 se presentan los resultados de las comparaciones “antes-después” entre el grupo experimental y el grupo control en cada una de las dimensiones de la calidad de vida medidas por el SIBDQ. En la tabla nº 3 se recogen los resultados de las distintas medidas realizadas al grupo de tratamiento. Como se aprecia en dichas

**Tabla nº 2. Comparaciones entre antes y después del tratamiento en las dimensiones de calidad de vida entre el grupo de tratamiento y el grupo control. (Friedman: \* =  $p \leq 0,05$ ; se acepta diferencia entre el pre-test y cada uno de los seguimientos posteriores); (Coeficiente Eta: \* =  $p \leq 0,05$ ; se acepta diferencia entre los grupos)**

Variable Calidad de Vida	Dimensiones	Grupo	Antes		Después		
			Media	Eta	Media	Friedman	Eta
SIBDQ	Síntomas Digestivos	Tratamiento (n=33)	5.39	0.34	5.78	<b>0.01*</b>	0.71
		Control (n=14)	5.57		5.53	0.59	
	Síntomas Sistémicos	Tratamiento (n=33)	4.92	0.76	5.56	<b>0.0001*</b>	0.81
		Control (n=14)	5.24		5.47	0.17	
	Afectación Funcional	Tratamiento (n=33)	5.51	0.81	5.99	<b>0.02*</b>	0.75
		Control (n=14)	5.74		5.84	1	
	Función Emocional	Tratamiento (n=33)	5.26	0.19	6.04	<b>0.0001*</b>	0.76
		Control (n=14)	5.78		5.84	0.56	
	Afectación Social	Tratamiento (n=33)	5.73	0.26	6.24	<b>0.01*</b>	0.24
		Control (n=14)	5.90		5.85	0.74	
SIBDQ (total)	Tratamiento (n=33)	5.36	0.37	5.92	<b>0.0001*</b>	0.80	
	Control (n=14)	5.65		5.71	0.29		

**Tabla nº 3. Comparaciones en las dimensiones de calidad de vida del grupo de tratamiento en las distintas medidas realizadas (Friedman: \* =  $p \leq 0,05$ ; se acepta diferencia entre el pre-test y cada uno de los seguimientos posteriores)**

Variable Calidad de Vida	Dimensiones	Antes	Después		3 meses		6 meses		12 meses	
		Media (n=33)	Media (n=33)	Friedman	Media (n=31)	Friedman	Media (n=22)	Friedman	Media (n=18)	Friedman
SIBDQ	Síntomas Digestivos	5.39	5.78	0.01*	5.78	0.01*	5.61	0.51	5.40	0.62
	Síntomas Sistémicos	4.92	5.56	0.0001*	5.38	0.01*	5.35	0.28	5.11	0.13
	Afectación Funcional	5.51	5.99	0.02*	5.95	0.19	5.85	0.37	5.62	1
	Función Emocional	5.26	6.01	0.0001*	6	0.0001*	5.97	0.01*	5.76	0.02*
	Afectación Social	5.73	6.24	0.01*	6.13	0.0001*	6.08	0.04*	5.92	0.62
	SIBDQ (total)	5.36	5.92	0.0001*	5.85	0.0001*	5.78	0.20	5.56	0.06

tablas, los resultados obtenidos con el grupo de tratamiento reflejan una mejoría estadísticamente significativa en las dimensiones de la variable calidad de vida después de haber finalizado la intervención. Aunque dicha mejoría se mantiene en las variables: síntomas digestivos, síntomas sistémicos, función emocional y afectación social a los 3 meses de seguimiento, a los 12 meses sólo se mantiene la mejoría en la dimensión función emocional.

Por lo que respecta al grupo control, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables entre la fase de pre-tratamiento y la fase de post-tratamiento. Las comparaciones entre las puntuaciones del grupo experimental y el control no son estadísticamente significativas en ninguna de las variables ni momen-

tos de medida, lo que podría atribuirse a la elevada mortandad experimental en el grupo control y a la falta de homogeneidad de las varianzas.

Las tablas nº 4 y 5 muestran la significación clínica de las diferencias observadas en las dimensiones de calidad de vida después de la aplicación del tratamiento, que se refleja en la disminución del porcentaje de pacientes que se encuentran dentro de las categorías de puntuación indicadoras de patología, y un incremento en el porcentaje que se encuentran dentro de la normalidad.

## DISCUSIÓN

La principal aportación de la presente investigación ha sido la demostración de la eficacia del pro-

**Tabla nº 4. (Grupo de tratamiento) Distribución de los pacientes por categorías de puntuación en cada una de las dimensiones**

Dimensiones de Calidad de Vida	Categorías	Antes		Después		3 meses		6 meses		12 meses	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Síntomas digestivos	Severo	33	0	33	0	31	0	22	0	18	0
	Moderado		9.1		6.1		12.9		9.1		16.7
	Medio		69.7		48.5		35.5		45.5		38.9
	Remisión		21.2		45.5		51.6		45.5		44.4
Síntomas digestivos	Severo	33	0	33	0	31	0	22	0	18	0
	Moderado		21.2		9.1		9.7		18.2		22.2
	Medio		63.6		57.6		71		45.5		38.9
	Remisión		15.2		33.3		19.4		36.4		38.9
Afectación Funcional	Grave	33	0	33	0	31	3.2	22	0	18	0
	Moderada		29		6.1		9.7		9.1		11.1
	Leve		54.8		69.7		61.3		68.2		72.2
	Normal		16.1		24.2		25.8		22.7		16.7
Función Emocional	Grave	33	0	33	0	31	0	22	0	18	0
	Moderada		7		3		1.7		0		2.3
	Leve		42.3		14.9		21.7		20		18.2
	Normal		50.7		82.1		76.7		80		79.5
Afectación Social	Grave	33	0	33	0	31	0	22	0	18	0
	Moderada		27.3		12.1		12.9		18.2		16.7
	Leve		57.6		57.6		45.2		59.1		61.1
	Normal		15.2		30.3		41.9		22.7		22.2

**Tabla nº 5. (Grupo de tratamiento) Distribución de los pacientes por categorías de puntuación en calidad de vida**

Calidad de Vida	Categorías	Antes		Después		3 meses		6 meses		12 meses	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SIBDQ	Grave	33	6.1	33	0	31	0	22	0	18	0
	Moderada		3		3		6.5		4.5		5.6
	Leve		75.8		60.6		41.9		54.5		50
	Normal		15.2		36.4		51.6		40.9		44.4

grama de tratamiento psicológico para producir una mejoría estadística y clínicamente significativa en la calidad de vida de los pacientes con EII.

Esta mejoría podría ser explicada en base a la propia definición del concepto de calidad de vida.

Felce y Perry (1995) señalan que el concepto de calidad de vida no se ceñiría sólo y exclusivamente a la ausencia de enfermedad, sino que incluiría otros aspectos como, las limitaciones funcionales, las alteraciones emocionales, las relaciones sociales y familiares, y las dificulta-

des laborales que se producen como consecuencia de la enfermedad.

En esta conceptualización de calidad de vida, toma especial relevancia la percepción y valoración subjetiva que hace la persona acerca de la afectación biopsicosocial que le produce la enfermedad, por lo que el concepto de calidad de vida se convierte en una interpretación subjetiva, que dependerá de la percepción de la salud que tenga el enfermo y de su opinión acerca de la repercusión que la enfermedad tiene en su vida.

La eficacia demostrada por el programa de tratamiento psicológico validado en este estudio podría atribuirse a que las estrategias de afrontamiento adaptadas para este tipo de pacientes, y enseñadas en el transcurso de las sesiones, darían respuesta a todas las dimensiones en las que se ve afectada la calidad de vida de estos enfermos, y que se corresponden con las recogidas por Cruzado y de la Puen-te (1997).

En relación a la afectación física, uno de los factores que mejor predice la afectación de la calidad de vida de estos pacientes es la presencia de actividad sintomática de la enfermedad. En este sentido, el programa de tratamiento psicológico diseñado para la presente investigación ha demostrado su eficacia para reducir los síntomas digestivos y los síntomas sistémicos de la enfermedad, lo que justifica parte de la mejoría observada en la cali-

dad de vida. Estos resultados son similares a los descritos en la literatura por Schwarz y Blanchard (1990) y García-Vega y Fernández (2004), y coinciden en señalar que los programas de tratamiento psicológico resultan eficaces para producir un descenso significativo en el índice de actividad de la EII. Dada la posible etiología autoinmune de la EII, la mejoría producida en los síntomas físicos después de la aplicación del programa de tratamiento psicológico podría explicarse en base a la relación existente entre el estrés y EII. El estrés afecta considerablemente a la respuesta del sistema inmune (Ziemssen y Kern, 2007), y en concreto a la función inmunológica de la mucosa intestinal (Anton, 1999; Maunder, 2000; Ferrier y cols., 2003), por lo que la disminución del estrés generaría una mejoría en la enfermedad.

En relación a la afectación psicológica, la calidad de vida de estos pacientes no sólo depende de los síntomas físicos, sino que también va a depender de la presencia de alteraciones emocionales, como la ansiedad o la depresión (Casellas, López-Vivancos, Vergara y Malagelada, 1999). El tratamiento psicológico validado en esta investigación ha demostrado que es eficaz para reducir la afectación emocional producida por la EII y para disminuir la sintomatología ansioso-depresiva de estos pacientes, por lo que también explicaría la mejoría observada en la calidad de vida.

Por lo que respecta a la afectación funcional, ya las primeras

investigaciones realizadas indicaban que el padecimiento de la EII afectaba notablemente a la vida laboral y a la realización de actividades de ocio y tiempo libre de estos pacientes (Sorensen, Olsen y Binder, 1987; Shivananda y cols., 1993). La mejoría observada en los síntomas físicos y psicológicos que se produce en los pacientes tras la realización del programa de tratamiento psicológico, y el aprendizaje de una serie de estrategias de afrontamiento eficaces para favorecer una mejor adaptación a la enfermedad, podrían estar explicando la menor afectación funcional que se observa en los resultados de este estudio, y, por ende, la mejoría producida en su calidad de vida.

Por último, el padecimiento de la EII también afecta, en ocasiones, a las relaciones sociales de los enfermos. En este sentido, son muchos los pacientes que tras el diagnóstico de la enfermedad se aíslan socialmente, tienen problemas laborales y económicos y restringen considerablemente la realización de actividades de ocio y tiempo libre. El apoyo social percibido es otro de los factores psicosociales que influye en la calidad de vida de estos enfermos (Casellas, López-Vivancos, Vergara y Malagelada, 1999). El programa de tratamiento psicológico produjo una mejoría significativa en las variables sociales, reflejándose en un aumento de la frecuencia de uso de la estrategia de apoyo social y en una disminución de la afectación social generada por la enfermedad. Una vez más, la mejoría producida en las variables socia-

les explican parte de la mejoría observada en la calidad de vida.

En definitiva, parece razonable concluir que el programa de tratamiento psicológico resultó eficaz para producir una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes por los siguientes motivos: a) porque ha conseguido producir una ligera disminución de los síntomas físicos y sistémicos de la enfermedad; b) porque se han utilizado técnicas terapéuticas de probada eficacia para el tratamiento de los trastornos emocionales, las cuales producen cambios muy favorables a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y conductual (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2001; Capafons, 2001); y c) porque se proporcionó a los pacientes una serie de estrategias de afrontamiento, tales como, la relajación, la reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales, que resultan eficaces para atender a las demandas de la enfermedad con un menor coste emocional y mejorar la calidad de vida.

En líneas generales, las estrategias de afrontamiento que se relacionan con un mejor pronóstico de la EII son aquellas que conllevan un afrontamiento activo, como, por ejemplo, la búsqueda de soluciones, el autocontrol y los pensamientos de autoayuda, la búsqueda del apoyo social, la aceptación y adaptación a la enfermedad y la realización de actividades gratificantes (Schmitt, 1997; Buceta y Bueno, 2001).

El uso de este tipo de estrategias, que se consideran positivas para la

adaptación del paciente a la enfermedad, se ha relacionado también con menores puntuaciones en depresión y con una mejor calidad de vida del paciente (Díaz-Sibaja, Comeche y Mas-Hesse, 2006).

Otro aspecto que queremos analizar en esta discusión es el hecho de que, si bien es cierto que la mejoría conseguida al finalizar el programa de tratamiento se mantiene a los tres meses en 4 de las 5 variables medidas de calidad de vida, se aprecia una tendencia general de disminución de la mejoría con el paso del tiempo. La mayoría de los autores coinciden en señalar la importancia de realizar sesiones de seguimiento que sirvan como repaso de lo aprendido durante la fase de tratamiento, pero también para motivar a los pacientes en la utilización diaria de las estrategias de afrontamiento, hasta conseguir que éstas se conviertan en un hábito más dentro de la vida diaria de los sujetos.

Uno de los aspectos que podría explicar por qué no resultaron eficaces los seguimientos programados en la presente investigación para mantener la mejoría alcanzada en la fase de post-tratamiento sería el hecho de que los seguimientos realizados tenían una intención evaluativa más que terapéutica. En este sentido, aunque en los seguimientos se hacía mención a las distintas estrategias de afrontamiento enseñadas y se preguntaba a los participantes acerca de su utilización, este recordatorio tenía un carácter informal, por lo que resulta previsible

que tuviera un menor efecto terapéutico.

Sirva esta reflexión para sugerir la programación de sesiones de seguimiento, con carácter formal y protocolizadas, en las que se haga un repaso de las técnicas de intervención enseñadas y en las que se analicen (y se de respuesta a) los factores que dificultan la aplicación de éstas en la vida diaria de los pacientes, lo que permitiría además, reforzar la mejoría producida en muchas de las variables a los 3 meses de seguimiento y continuar, de este modo, mejorando.

Queremos finalizar señalando que la presente investigación ha servido para validar un manual de tratamiento protocolizado para la intervención psicológica de la EII, lo que aportará, como así lo señalan Hickling y Blanchard (1997) en relación a otros manuales de tratamiento protocolizados, algunas ventajas en la práctica clínica, en la investigación y en la formación de psicólogos.

La eficacia de este programa de tratamiento estaría respaldada por dos de los criterios señalados por la Task Force (1995): a) se ha elaborado un manual de tratamiento protocolizado, en el que se describe claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento; y b) el programa ha demostrado su eficacia al ser utilizado con una muestra de pacientes con los mismos criterios diagnósticos.

Dada la fácil aplicación del presente programa y sus óptimos

resultados, la utilización de la intervención psicológica podría redundar en una reducción de costes para la Salud Pública. No obstante, sería recomendable la realización de futuras investigaciones que determina-

ran la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa de tratamiento multicomponente y un análisis de coste-beneficios que permitieran avalar dicha afirmación.

## REFERENCIAS

- Anton, P.A. (1999). Stress and mind-body impact on the course of inflammatory bowel diseases. *Seminary of Gastrointestinal Diseases*, 10(1), 14-9.
- APA, Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En J. M. Buceta, A. M. Bueno y Mas B.(Eds.) *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Dykinson-Psicología. Madrid.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Casellas, F., López-Vivancos, J., Vergara, M. y Malagelada, J.R. (1999). Impact of inflammatory bowel disease on health-related quality of life. *Digestive Diseases*, 17, 208-218.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Cruzado, J.A. y de la Puente, M.L. (1997). *Lo Psicosomático*. Psicología y Bienestar. Madrid: Aguilar.
- de Boer, A.G., Sprangers, M.A., Bartelsman, J.F. y de Haes, H.C. (1998). Predictors of health care utilization in patients with inflammatory bowel disease: a longitudinal study. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 10(9), 783-9.
- Díaz-Sibaja, M.A., Comeche, M.I. y Mas Hesse, B. (2006). Inflammatory bowel disease: depression and coping strategies. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17 (2): 248.
- Díaz-Sibaja, M.A., Comeche, M.I. y Mas Hesse, B. (2006). Multi-Component psychological group treatment of inflammatory bowel disease. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17 (2), 315.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.
- Ferrier, L., Mazelin, L., Cenac, N., Desreumaux, P., Janin, A., Emilie, D., Colombel, J.F., Garcia-Villar, R., Fioramonti, J. y Bueno, L. (2003). Stress-induced disruption of colonic epithelial barrier: role of interferon-gamma and myosin light chain kinase in mice. *Gastroenterology*, 125(3), 795-804.

- García Vega, E. (1995). Intervención psicológica en la enfermedad de Crohn. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 21 (75), 99-121.
- García Vega, E. y Fernández Rodríguez, C. (2004). A stress management programme for Crohn's disease. *Behaviour Research Therapy*, 42(4), 367-83.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (1997). The private practice psychologist and manual based treatments: A case study in the treatment of post traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 191-203.
- Joachim, G. (1985). The effects of two stress management techniques on feelings of well-being in patients with inflammatory bowel disease. *Nursing Papers*, 15, 5-18.
- López Vivancos, J., Casellas, F., Badía, X., Vilaseca, J. y Malagelada, J.R. (1999). Validation of the Spanish version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Digestión*, 60, 274-280.
- López-Vivancos, J., Casellas, F., Badía, X., Vilaseca, J. y Malagelada, J.R. (1999). Different perception of health related quality of life in ulcerative colitis vs crohn's disease. *Gastroenterology*, 116, A 765.
- MacPhee, M., Hoffenberg, E.J. y Feranchak, A. (1998). Quality-of-life factors in adolescent inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 4, 6-11.
- Maunder, R. (2000). Mediators of stress effects in inflammatory bowel disease: not the usual suspects. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 569-77.
- Medline Plus: Enciclopedia Médica (2007). Enfermedad de Crohn. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/crohnsdisease.html>
- Milne, B., Joachim, G. y Niedhardt, J. (1986). A stress management programme for inflammatory bowel disease. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 561-567.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332.
- Pecasse, L. (1998). *Y ahora ¿Qué hago? Consejos prácticos para personas con Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa*. Madrid. Fundación Once.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Rubin, G.P., Hungin, A.P., Chinn, D.J. y Dwarakanath, D. (2004). Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 19(5), 529-35.
- Schmitt, G.M. (1997). Personal values and goal orientation in chronically ill adolescents and young. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, Vol. 47(6), 189-197.
- Schwarz, S.P. y Blanchard, E.B. (1990). Inflammatory bowel disease: review of the psychological assessment and treatment literature. *Annals of behavioural medicine*, 12(3), 95-105.
- Shaw, L. y Ehrlich, A. (1987). Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain*, 29, 287-293.
- Shivananda, S., van Blankenstein, M., Schouten, W.R., Themans, B., Does, E.V.D. (1993). Quality of life in Crohn's disease: results of a case-control study. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 5, 919-925.



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.

Susen, G.R. (1978). Experienced changes of various behaviours through autogenic training. *Z Psychosom Med Psychoanal*, 24(4), 379-83.

Vilaseca, J., Casellas, F. y Guarner, F. (1996). Enfermedad inflamatoria del intesti-

no. En Farreras, F. y Rozman, C. (Eds.), *Medicina Interna*. Barcelona: Mosby-Doyma libros, S.A.

Wakeman, R.J. y Mestayer, R.F. (1985). Stress-related disorders. *Postgraduate Medicine*, 77(6), 189-194.

Ziemssen, T. y Kern, S. (2007). Psychoneuroimmunology - Cross-talk between the immune and nervous systems. *Journal of Neurology*, 254 (Suppl 2), II8-II11.