

Diagnóstico comparativo basado en variables psicosociales con pacientes de
Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

Diagnosis based on comparative psychosocial variables in patients
with Crohn's Disease and Ulcerative Colitis

Dr. D. Juan Francisco López Paz
Universidad de Deusto (Vizcaya)

ABSTRACT

This research aims to compare the group of patients with Crohn's Disease with those diagnoses with Ulcerative Colitis in response to psychosocial variables as the social climate, the motivation and anxiety (Moos et al., 1984; Miguel & Cano, 1986; Pelechano, 1990) as well as medical variables (state analytical and prescription drugs).

This comparison has been set up in turn to a raking by age group, basically, adulthood and old age. This is an experimental design which are two samples, on the one hand, the group subjected to a clinical treatment based on tension and muscle relaxation (Jacobson method), and for the control group.

The total sample of 156 patients had been taken into hospital in the Basque Country with a random sampling and stratified by age periods (among youth, middle age, presenectud, third and fourth age). Measurements were conducted before and after treatment with these patients.

Statistical analysis have been established on the basis of the t-student and multivariate analysis, obtaining results favorable to the therapeutic intervention and eminently dominant in the cases of ulcerative colitis.

RESUMEN

Esta investigación pretende comparar el grupo e pacientes con Enfermedad de Crohn con aquellos diagnosticados con Colitis Ulcerosa atendiendo a variables psicosociales como el clima social, la motivación y la ansiedad (Moos et al., 1984; Miguel & Cano, 1986; Pelechano, 1990) así como variables médicas (estado analítico y prescripción de fármacos).

Esta comparativa se ha establecido conforme, a su vez, a una clasificación por grupos de edad, fundamentalmente, edad adulta y vejez. Se trata de un diseño experimental donde se contemplan dos grandes grupos de estudio, por un lado, el grupo clínico sometido a un tratamiento basado en la tensión y distensión muscular (método Jacobson) y, por otro, el grupo control.

La muestra de 156 pacientes ha sido recogida en centros hospitalarios del País Vasco con un muestreo aleatorio y estratificado por periodos de edad (entre juventud, mediana edad, presenectud, tercera y cuarta edad). Se realizaron las mediciones pre y postratamiento con estos pacientes.

Los análisis estadísticos se han establecido en base a la t-Student y el análisis multivariante, obteniendo resultados favorables respecto a la intervención terapéutica y eminentemente dominante en los casos de Colitis Ulcerosa.

1. Introducción

En las patologías Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn, denominadas como Enfermedad Inflamatoria Intestinal, se constata un comienzo gradual y una duración indefinida que, a menudo, causa gran sufrimiento. Cualquier enfermedad crónica es, habitualmente, el resultado directo del estilo de vida que se adopta - qué y cuánto se come, bebe y fuma, cómo y cuánto ejercicio físico se practica, cómo se enfrenta con estresores de vida (Burish, T. y Bradley, L.. 1983).

“ Dos tercios tenían que cambiar sus trabajos rutinarios, el 85 por ciento tenía problemas con sus vidas sociales cuando los síntomas eran severos, y la mitad de los pacientes presentaron generalmente irritabilidad con sus familias llegando a ser un problema durante una crisis “ (Mallet, S., Lennard-Jones, J. y Gilm, E., 1978, p. 620).

Este tipo de enfermedad puede ser entendida como cualquier proceso de alteración que es progresivo, permanente y recurrente.

No obstante, “ estos pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal experimentan daño funcional moderado más en lo social y psicológico que en la dimensión física ” (Drossman, D., Patrick, D., Mitchell, C., Zagami, E. y Appelbaum, M., 1989, p. 1385).

La incidencia de esta enfermedad, y más concretamente de la Enfermedad de Crohn, crece progresivamente en las dos últimas décadas. Afecta, fundamentalmente en países de Europa y Norteamérica, de 5 a 7 personas por cada 100000 habitantes con una edad de comienzo entre los 20 y 30 años (Zuckerman, M. y Briones, D., 1989; Künsebeck, et al., 1990; Maunder et al., 1997; Rodees, et al. 2007).

Es un tipo de enfermedad con una etiología y evolución multifactorial poco estudiada en el ámbito psicológico, a pesar de su desconocimiento y progresiva incidencia en países industrializados como el nuestro (Schwarz, S. y Blanchard, E., 1991; Smith, G. et al., 2002).

A pesar de que la literatura respecto a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es contradictoria, sobre todo, en la relación de factores psicológicos y emocionales a dicha enfermedad, conviene hacer un desglose de aquellos factores que pueden ser determinantes en la misma. Estos pueden ser, fundamentalmente, de cuatro tipos: etiológicos, recurrentes, consecuentes y de adhesión al tratamiento.

La conexión de factores emocionales y psicológicos con la Enfermedad Inflamatoria Intestinal origina una controversia utilizada durante muchos años. Parte de la misma se centra en si un cierto tipo de personalidad precede la ocurrencia de esta Enfermedad o si, por el contrario, ésta contribuye al desarrollo de ciertos rasgos de personalidad.

Murray es uno de los primeros profesionales del cuidado de la salud que sugiere una relación entre rasgos de personalidad, trastornos emocionales, y el desarrollo de esta enfermedad (Murray, 1930 en Hively-Petillo, M., 1985).

Algunos autores como Sperling, en las décadas de los 60 y 70 (siglo XX) dentro de un gran debate, consideran que la Colitis Ulcerosa tiene claros orígenes psicosomáticos, mientras que otros como Mendeloff y Feldman sostienen que es una condición puramente fisiológica (Zuckerman, M. y Briones, D., op. cit.).

La investigación clínica en trastornos crónicos parece cambiar en las últimas décadas. Se pasa de un punto de vista puramente fisiológico de las enfermedades - considerando especialmente los datos exactos de laboratorio y diseños experimentales de acercamientos altamente formalizados - a otro de carácter holístico que abarca el informe del enfermo como sujeto con sentimientos y emociones enmarcados en su vida diaria y bienestar. Esto refleja una mayor sensibilización hacia los aspectos psicosociales de enfermedad.

La corriente resultante de estas últimas décadas viene plasmada por aquellos que creen, concretamente, que la Enfermedad Inflamatoria Intestinal tiene una etiología multifactorial y los aspectos emocionales están en parte implicados (Hornsby, L., 1970; Murray, J., 1984; Smith, G. Et al., 2002).

Aún así, y sin ánimo de desmarcarse de la perspectiva anteriormente mencionada, surge otro punto de vista de carácter indeterminado en el que se acentúan los factores psicológicos en conexión con físicos y sociales, estableciendo relaciones pero sin dirección. No se habla en ningún momento de causa y efecto sino de simple correlación (Whitehead, W. y Schuster, M., 1982; Riley, S., Mani, V., Goodman, M. y Lucas, S., 1990; Searle, A. y Bennett, P., 2001; Little, S. et al., 2006).

En consecuencia, podemos destacar cuatro grandes y destacadas perspectivas, entre otras, relativas a las patologías de Crohn y Colitis Ulcerosa: en primer lugar, la perspectiva psicosomática que se fundamenta en la estrecha relación entre alteraciones psíquicas y la actividad de enfermedad.

Esta perspectiva cuenta, entre otros, con autores como Sullivan, Engel, Murria, Paulley, Hislop, Groen. En segundo lugar, la fisiológica con autores como Wright, Kadish, Mendeloff, Siegal, Brignola, Asakura, Feldman, y cuya base se refiere a la medición de actividad de enfermedad apoyada por datos clínicos y de laboratorio. En tercer lugar, la perspectiva multifactorial sustentada por Lipton, Whybrow, Mitchell, Kane, Drossman, Verhoef, Sutherland; esta corriente mantiene que la etiología de estas enfermedades sugiere una interacción de múltiples factores como genéticos, infecciosos, ambientales, inmunológicos. Y, finalmente, la perspectiva indeterminada que reconoce que parecen establecerse conexiones, correlaciones entre diversos factores como físicos, psicológicos, sociales.

Estas grandes perspectivas, sin duda, siguen actualmente vigentes aunque con distintos grados de apoyo y seguimiento científico, coadyuvado por la calidad, número y contribuciones de los distintos estudios.

2. Patologías crónicas y enfoque de investigación

En el campo médico se ha investigado, aproximadamente durante un siglo, en el caso de la Colitis Ulcerosa y, unas seis décadas en la Enfermedad de Crohn, y se reconoce que aún falta mucho por investigar y descubrir sobre las mismas.

Se ha pasado, por consiguiente, de una concepción de medicina tradicional en la que se entiende la salud como algo a conservar y recuperar, a una nueva concepción en la que la salud es algo a desarrollar y mejorar, la Psicología de la Salud. Es decir, mientras en la medicina tradicional la enfermedad se ataja de forma invasiva mediante procedimientos físicos y químicos, con la nueva disciplina la intervención es no invasiva, actuando, fundamentalmente, sobre los hábitos de conducta de los sujetos.

Reig (1985) define esta disciplina como:

“ Campo multi-interdisciplinario promovido principalmente por psicólogos y médicos, que se proponen como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr, primero, comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, y segundo, promover y mantener o intensificar la salud “ (op. cit., p. 7).

En consecuencia, la Medicina Comportamental es un conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionado con la salud y la enfermedad físicas.

El principal desafío de esta disciplina es la enfermedad crónica (génesis y mantenimiento), muy influido por los factores conductuales y el estilo de vida de las personas. De ahí que deba darse una mútua y estrecha colaboración entre la Psicología y la Medicina.

El enfoque cognitivo-conductual reconoce el papel crítico de creencias implícitas, valores, expectativas y autoconcepto en determinados comportamientos. Es la realización de conductas y estilos de vida lo que contribuye a la salud y enfermedad favoreciendo la evolución de la disciplina, Medicina Comportamental. Esta disciplina incorpora a los tratamientos médicos convencionales las estrategias cognitivo-conductuales comúnmente utilizadas en la terapia de conducta.

En suma, la continua interacción entre el individuo y su entorno influye sobre lo que él piensa, siente, hace y, consecuentemente, su relativa salud o enfermedad.

El común denominador a través de este tipo de acercamiento parece ser, por un lado, el interés en el origen y modificación de cogniciones, sentimientos del enfermo, así como también de conductas

y, por otro, el compromiso manifiesto para el uso de procedimientos de terapia de conducta destinados a promover el cambio de ese comportamiento no deseado. De ahí que el terapeuta se preocupe de la contribución de cogniciones, afectos y patrones de conducta al mantenimiento de problemas psicológicos y físicos.

Los terapeutas bajo la concepción de la modificación cognitivo-conductual generalmente han adoptado un punto de vista de cambio que Bandura ha denominado “determinismo recíproco” (Meichenbaum, D., 1977; Bandura, A., 1978), presentado por autores con diferentes bases teóricas (Klein, G., 1970; Wachtel, P., 1977; Drossman, D., 1999; Gathchel, R. y Oordt, M., 2003).

Este punto de vista sostiene que el cambio conductual es un reflejo de las relaciones íntimas entre las estructuras cognitivas del paciente (esquemas, creencias), los procesos cognitivos (pensamientos automáticos, diálogo interno, imágenes), las conductas interpersonales, y las consecuencias interpersonales e intrapersonales.

Las terapias cognitivo-conductuales enfatizan que el afecto y cognición son más eficazmente modificables a través de cambios en la conducta (Mahoney, M., 1979; Bandura, 1983).

Es el componente educacional de la terapia cognitivo-conductual aquel que orienta en ese intento por ayudar a este enfermo crónico a reconceptualizar sus problemas, cambiar lo que cree de sí mismo referido a la presentación de problemas o reacciones de estrés inicial, y comenzar a señalar el camino hacia estrategias concretas de intervención.

Desde aquí se contempla la perspectiva cognitivo-conductual, y concretamente un primer paso de raíz conductista, a partir de la intervención (entrenamiento) en relajación propuesta para los enfermos crónicos de la muestra de esta investigación. De tal forma que la hipótesis general de la misma es que los enfermos con estas patologías, con el entrenamiento psicológico en relajación, mejorarán su estado en cuanto a aspectos psicosociales como la motivación y el clima familiar frente a los no tratados psicológicamente.

Tanto desde el punto de vista médico como psicológico, los profesionales deben unir sus esfuerzos y coordinarse para ir logrando datos más clarificadores y concluyentes, de manera que a medio plazo podamos llevar a cabo mejores y más eficaces intervenciones multidisciplinarias (acercamiento interdisciplinar) (Gallagher, R., McCann, W., Jerman, A., Hughes, J., Langelier, R. y Stewart, F., 1990; Blumberg, R., 2001).

El propio enfermo, y más aún el que padece esta enfermedad inflamatoria, debe percibir esa colaboración entre los distintos profesionales médicos, psicólogos, enfermeras, en nuestro caso, del ámbito hospitalario.

En la actualidad, los estudios que se están llevando a cabo continúan relacionando importantes variables (acontecimientos vitales, afrontamiento) no sólo con su etiología sino también con su evolución y recurrencia (Duffy, L. y otros, 1991; Gerson, M., Greca, G. y Nathan-Virga, S., 1993; Rhodes, A. et al., 2007).

En el caso de esta investigación, pretendemos valorar el perfil diagnóstico de ambas enfermedades, Colitis Ulcerosa y Crohn, atendiendo especialmente a variables psicosociales como, entre otras, el clima social, la motivación; y constatar posibles diferencias entre las mismas y con respecto a la etapa evolutiva en consonancia con una intervención específica bajo la perspectiva cognitivo-conductual. Se trata, en definitiva, de conocer y reconocer estas patologías crónicas como disfunciones que afectan a importantes parámetros para la calidad de vida del propio paciente.

3. Método de investigación

El objetivo fundamental de la metodología a desarrollar para este estudio experimental es detectar el posible efecto de una determinada variable que se manipula - variable independiente (entrenamiento en relajación) sobre variables dependientes como la ansiedad, clima social y motivación. Será importante destacar entre la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, así como diferenciar entre adultos y mayores.

Entre las hipótesis que conforman el estudio se pueden destacar: una primera hipótesis relativa a que los enfermos diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor clima familiar que los no tratados psicológicamente. Una segunda hipótesis que contempla que los enfermos diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un nivel más alto de motivación de ejecución que los no tratados psicológicamente. Comprobamos que el entrenamiento no parece haber influido en los distintos niveles de ansiedad respecto al rendimiento. Una tercera hipótesis relativa a que estos enfermos, tras dicho entrenamiento, presentarán un nivel más bajo de ansiedad que los no tratados psicológicamente. Una cuarta hipótesis que se refiere a, tras el entrenamiento, la mejora de su estado físico respecto al grupo control. Una quinta hipótesis donde se destaca la mejora del nivel de ansiedad, sobre todo

en su componente cognitivo, para aquellos pacientes que se sometan al tratamiento en relajación. Y finalmente, una sexta hipótesis que contempla demostrar la mejora en el nivel de ansiedad de los mayores de 60 años sometidos al tratamiento psicológico.

Para ello, siguiendo un muestreo estratificado, debemos mantener constantes los efectos de otras variables que pueden afectar al experimento - variables extrañas (sexo, edad, estado civil, nivel sociocultural), evitando un sesgo en sus resultados finales.

Esta investigación de carácter propiamente experimental se lleva a cabo en el Hospital de Galdácano (Vizcaya) con sujetos adultos de edades comprendidas entre los 55 y 77 años, en idéntica proporción en relación a la variable sexo. Estos son diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal y, más específicamente, de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. Aquellos sujetos que presentan un carácter inespecífico son excluidos de dicha investigación.

Los sujetos son incluidos en esta investigación de forma aleatoria, conforme a una citación médica previa, en Consultas Externas de Digestivo del mencionado hospital.

Todos ellos tienen iguales oportunidades de ser asignados a cualquiera de los dos grupos de la investigación. Se distribuye a los sujetos en un número de 72 para el grupo clínico (aquellos que son sometidos a un entrenamiento individual en relajación y su correspondiente tratamiento médico farmacológico), y otros 84 sujetos para el grupo control (sujetos sometidos única y exclusivamente a su correspondiente tratamiento médico farmacológico).

Muestra	Grupo Clínico	Grupo Control	Totales
< 65 años	38	43	81
> 65 años	34	41	75
Totales	72	84	156

Tabla 1.1: Desglose de la muestra de investigación, atendiendo al tipo de grupo y la franja de

edad (< y > 60 años)

El conjunto global de los sujetos, que cubre el intervalo de edad anteriormente mencionado, presenta una media de 68 años. Y su estado civil, en una mayoría del 70%, se define como casado. Asimismo, los niveles socioculturales más destacados de la muestra son, por un lado, obreros con estudios primarios o sin ellos (66%) y sujetos con estudios de bachillerato en cuadros técnicos bajos (13%).

Por otro lado, la evolución de la Enfermedad en esta muestra se presenta muy repartida en el intervalo de 0 a 20 años, con destacados picos en los 2 y 3 años (respectivamente, 18% y 15%). Así como el dato sobre el tiempo transcurrido desde el último brote que oscila entre 1 y 120 meses, también muy repartido, con 2 meses como el dato más repetido (13%). Y, el 36,7% de la muestra ha sido intervenido quirúrgicamente en relación a la Enfermedad, al menos, una vez. Solamente, el 13% se encuentra en situación de brote al comienzo de esta investigación.

En cuanto a la variable independiente, ésta es el entrenamiento en relajación que se aplica únicamente al grupo de tratamiento. Esta variable va a definir el cambio obtenido o simplemente esperado en el grupo de tratamiento en relación con el grupo control. Este entrenamiento se basa en la Relajación Progresiva de Jacobson (Jacobson, E. 1974).

Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa del pulso y de la presión sanguínea. Una serie de estudios, al principio de los años sesenta revelan una reducción de la conducta de la piel y de la tasa respiratoria como consecuencia de los procedimientos de la relajación muscular de Wolpe (Bernstein, D. y Borkovec, T., 1983; Masson, S., 1985).

Los procedimientos de Wolpe son similares a los de Jacobson en cuanto a tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir la relajación profunda. Sin embargo, el terapeuta en este caso dirige todos los aspectos del procedimiento a través de instrucciones verbales presentadas durante las sesiones de entrenamiento.

Jacobson, en su caso, enseña a los sujetos una relajación sistemática. Dispone primero una serie de ejercicios preliminares que enseñaban al enfermo lo que significa tensión muscular. Después, ésta ha de pasar desde la tensión a la relajación, lo cual con el tiempo, se realiza automáticamente (para Jacobson la ausencia de la capacidad vivencial es la manifestación psíquica del estado de relajación) (Jacobson, E., 1938 en Vallejo, M., 1987).

El entrenamiento en relajación según Jacobson está dividido en seis fases que se llevan a efecto en diez sesiones. Estas fases son las que corresponden con distintos grupos de músculos: brazos, piernas, respiración, frente, ojos y, músculos y órganos de fonación.

En cada una de las sesiones de entrenamiento el sujeto va recibiendo instrucciones, sobre los distintos ejercicios, de forma verbal; en caso de no entender alguna de las instrucciones, puede preguntar o solicitar aclaración. Se distinguen dos estados importantes: tensión y relajación muscular.

La medición de la relajación se lleva a cabo con el aparato de biofeedback (relaxómetro que indica la resistencia de la piel - codificado de 0 a 10 MegaOhm). Esta se realiza constantemente, tomando nota en cuatro momentos: al comenzar la sesión, tras el primer bloque de ejercicios, tras el segundo bloque de ejercicios y al final de la sesión (Carrobbles, J. y Godoy, J., 1987; Villanueva, C., 1988).

Las variables dependientes son todas aquellas, por un lado, incluídas en las pruebas psicológicas aplicadas a cada sujeto de la muestra y, por otro lado, las relativas a la prescripción de fármacos y, fundamentalmente, a la analítica.

En el caso de las variables incluídas en las pruebas psicológicas destacamos la ansiedad (medido con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - I.S.R.A. (Miguel Tobal, J. & Cano Vindel, A., 1986)), motivación (medido con el Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución - M.A.E. (Pelechano, 1990)), clima social familiar (medido con la Escala de Clima Social en la Familia - F. E.S. (Moos, R., Moos, S. & Trickett, E., 1984)) y temores (medido con el Cuestionario de Temores de Wolpe, J., 1981)).

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.) presenta una tipificación realizada con muestras de hombres y mujeres extraídas tanto de la población normal como de la clínica. Estos autores plantean, a través de tres inventarios, la evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

El Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución (M.A.E.) entiende, de algún modo, la existencia de procesos teleológicos en la conducta del organismo y, más aún, de afirmar que el concepto de teleología ocupa un lugar central a la hora de poder comprender la conducta observable del sujeto. Fundamentalmente, se trata de la motivación que impulsa al ser humano a lograr metas, realizar tareas, a ser efectivo al máximo en el trabajo que está realizando, independientemente de sus aptitudes específicas para ello.

La Escala de Clima Social Familiar (F.E.S.) viene a ser un fenómeno de producción, impregnación de actitudes y valores propios de la sociedad que se va ejerciendo en el hombre a través del comportamiento y control (auto y hetero). En esta Escala se evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la misma, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Por otro lado, las variables relativas al estado analítico incluyen el Hierro, Velocidad de Sedimentación Globular, Proteína C Reactiva, Alfa-1 Antitripsina, Albúmina, Leucocitos y Plaquetas. Y, las relativas a la prescripción de la dosis de fármacos incluyen el Acido 5-Aminosalicílico, Salazopiridina y Esteroides.

Cada uno de estos índices presenta unos límites de normalidad que, respecto a la enfermedad que nos ocupa, se indican a continuación:

Hierro : < 40 microg./dl.

Velocidad de Sedimentación Globular : > 20 mm./1ª hora

Proteína C Reactiva : > 8 mg./l.

Alfa - 1 Antitripsina : > 320 mg./100 ml.

Albúmina : < 3.5 g./dl.

Leucocitos : > 10,8 x 1000/mm³.

Plaquetas : > 450 x 1000/mm³.

Y, la Prescripción de la Dosis de Fármacos se refiere a la receta de una cantidad determinada de medicamento o agente terapéutico por el médico especialista. Los fármacos aparecidos en esta investigación son los siguientes: Acido 5-Aminosalicílico (5-ASA), Salazopiridina y Esteroides (Corticosteroides).

El estudio de los datos obtenidos, conforme a un diseño unifactorial con medidas pre y postratamiento, se explica con la diferencia de medias. Pero, al contemplar un análisis paramétrico, previamente, se averigua si cumple las siguientes condiciones: ajuste de datos muestrales con una distribución normal teórica (prueba de Kolmogorov- Smirnov), no existencia de diferencias significativas entre las varianzas de ambos grupos (prueba de Levene) e independencia de las puntuaciones de las variables independiente y dependientes (Prueba de rachas Wald-Wolfowitz "Runs") (Shaughnessy, J. y Zechmeister, E., 1990; Martín, M. y Delgado, M., 1993; Rosenstrauch, P., 2005).

VARIABLES EXPERIMENTALES	KOLMOGOROV- SMIRNOV	PRUEBAS	
		LEVENE	WALD-WOLFOWITZ
CLIMA FAMILIAR	n.s.	n.s.	<.001
MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	n.s.	n.s.	<.001
ANSIEDAD	n.s.	n.s.	<.05
ESTADO ANALÍTICO	n.s.	n.s.	n.s. salvo Albúmina

Tabla 2.1: Cuadro-resumen de resultados de significatividad de las condiciones básicas para la aplicación de las pruebas paramétricas.

Los resultados de la prueba de Rachas Wald-Wolfowitz son significativos, por consiguiente, utilizamos la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis que se basa en la agrupación de los datos de las distintas variables en un único grupo. Y, en las distintas variables se constata la no existencia de diferencias significativas entre las medias, es decir, podemos concluir que ambas muestras se presentan en las mismas condiciones en la situación de pretratamiento.

Presentamos los resultados relativos al &-Cronbach y constatamos que para las tres variables psicológicas dependientes se obtienen altos niveles de consistencia interna.

Pruebas aplicadas	N:	Porcentaje %	&- Cronbach	Componentes
	<65 años >65 años			
Clima Familiar	156: 81 / 75	51,9 % / 48,1 %	0,645 / 0,684	10
Motivación de Ejecución	156: 81 / 75	51,9 % / 48,1%	0,711 / 0,663	6
Ansiedad	156: 81 / 75	51,9% / 48,1%	0,792 / 0,739	3

Tabla 2.2: Porcentajes y consistencia interna relativa a las variables dependientes.

Todos estos procedimientos estadísticos los realizamos con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 14).

4. Resultados

Una vez determinadas las condiciones previas necesarias para un análisis paramétrico, aplicamos, por un lado, la diferencia de medias (T de Student) para estudiar la igualdad o desigualdad de las puntuaciones medias de cada una de las variables y sus correspondientes subescalas, después del tratamiento, a fin de comprobar los efectos de la variable independiente sobre las distintas variables dependientes (Alvárez Cáceres, R., 1994); y, por otro lado, aplicamos el análisis multivariante (manova) a fin de analizar primeramente el nivel de significatividad relativo a la variable dependiente de ansiedad (plano cognitivo, fisiológico y motor) entre menores y mayores de 60 años y entre los sometidos y no sometidos al entrenamiento psicológico en relajación; y, posteriormente, ciñéndonos al grupo clínico el nivel de significatividad entre los enfermos de Crohn y los de Colitis Ulcerosa en el grupo de mayores de 60 años. En el caso de la variable Clima Familiar constatamos que es significativa la diferencia de medias, entre los grupos control y clínico, debido al entrenamiento en relajación salvo en las subescalas expresividad, intelectual-cultural, moralidad-religiosidad y organización. En las subescalas en que existe una diferencia de medias significativa, confirmamos ésta a favor del grupo clínico. Es decir, aparece una mejora del Clima a excepción de la subescala Conflicto cuyo efecto es, evidentemente, el contrario.

CLIMA SOCIAL FAMILIAR	GL	\bar{X} (Control)	\bar{X} (Clínico)	SD	SIGNIFICATIVIDAD ¹
COHESIÓN	155	7,233	8,266	1,884	<.01
EXPRESIVIDAD	155	5,833	6,400	1,832	n.s.
CONFLICTO	155	2,500	1,466	1,866	<.01
AUTONOMÍA	155	4,900	6,566	1,845	<.001
ACTUACIÓN	155	5,800	6,933	2,649	<.05
INT.-CULTURAL	155	4,733	5,433	2,409	n.s.
SOC.-RECREAT.	155	4,333	5,533	2,265	<.01
MOR.-RELIGIOS.	155	4,633	4,600	2,399	n.s.
ORGANIZACIÓN	155	6,800	6,866	3,107	n.s.
CONTROL	155	3,300	4,400	2,369	<.05

Tabla 3.1: t de Student en la variable Clima Social con grupos control y tratamiento.

¹ Se trata de los términos de Probabilidad y Significación. Cuando la probabilidad es menor que .05 siempre lo indicamos con estos números dependiendo del caso <.05, <.01, <.001, pero si es mayor que .05, es decir, no significativo. Por tanto, estamos interpretando con un intervalo de confianza del 95%.

En el caso de la variable Motivación de Ejecución constatamos que, únicamente, es significativa la diferencia de medias entre ambos grupos en las subescalas Autoexigencia Laboral y Motivación positiva hacia la acción. En el resto de subescalas, la diferencia no es significativa.

No obstante, en todas las subescalas de esta variable aparece una media superior en el grupo tratamiento que, evidentemente, ha sido sometido al entrenamiento en relajación.

MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	GL	\bar{X} (Control)	\bar{X} (Clínico)	SD	SIGNIFICATIVIDAD
ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO	155	7,133	8,433	4,886	n.s.
ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO	155	8,766	10,066	3,505	n.s.
AUTOEXIGENCIA LABORAL	155	11,500	13,000	2,751	<.01
INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACIÓN MUNDO PRIVADO Y LABORAL	155	4,600	5,200	3,729	n.s.
MOTIVACIÓN POSITIVA HACIA LA ACCIÓN	155	5,600	7,166	3,711	<.05
TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO	155	4,900	5,933	3,978	n.s.

Tabla 3.2: t de Student en la variable Motivación de Ejecución con grupos control y tratamiento.

En el caso de la variable Ansiedad, constatamos que es en el nivel fisiológico donde aparece una diferencia significativa de medias entre ambos grupos experimentales a favor del que ha sido sometido a entrenamiento en relajación.

El grupo tratamiento, en los niveles cognitivo y motor, presenta una media inferior a la del grupo control aunque ésta no es significativa.

ANSIEDAD	GL	\bar{X} (Control)	\bar{X} (Clínico)	SD	SIGNIFICATIVIDAD
COGNITIVO	155	89,733	77,566	46,917	n.s.
FISIOLÓGICO	155	53,100	36,233	36,502	<.05
MOTOR	155	44,300	40,233	47,082	n.s.

Tabla 3.3: t de Student en la variable ansiedad con grupos control y tratamiento.

En el caso de la variable Estado Analítico comprobamos que no existen diferencias significativas entre las medias de ambos grupos experimentales salvo en la subescala Hierro que resulta ser a favor del grupo tratamiento. Incluso, la diferencia es mínima en algunas de las subescalas como Albúmina, Leucocitos y Velocidad de Sedimentación Globular.

VARIABLES MÉDICAS: ESTADO ANALÍTICO	GL	\bar{X} (Control)	\bar{X} (Clínico)	SD	SIGNIFICATIVIDAD
ALBÚMINA	155	4,516	4,506	1,686	n.s.
ALFA-1 ANTITRIPSINA	155	225,900	231,700	82,888	n.s.
HIERRO	155	60,366	74,700	32,124	<.05
LEUCOCITOS	155	8,743	8,766	3,323	n.s.
PROTEINA C REACTIVA	155	7,550	4,130	10,752	n.s.
PLAQUETAS	155	309,033	285,866	132,02	n.s.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	155	15,966	15,166	19,873	n.s.

Tabla 3.4: t de Student en las variables médicas, Estado Analítico, con grupo control y grupo tratamiento.

En definitiva, confirmamos que existe diferencia de medias entre ambos grupos, control y tratamiento aunque, como indicaremos más adelante, sólo son significativas en la mayoría de sus subescalas aquellas variables como Clima Familiar y Ansiedad.

En un segundo momento, utilizamos el análisis multivariante atendiendo, por un lado, a los grupos de edad menores y mayores de 60 años, el tipo de grupo experimental (clínico y control), el tipo de patología (Crohn y Colitis Ulcerosa) y los componentes o planos de ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor). Tratamos de hallar posibles niveles de significatividad intragrupo e intergrupo, por ejemplo, entre situaciones de pre y postratamiento comparando grupo clínico y grupo control, entre los diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, ...

A continuación presentamos algunos de los cuadros relativos a datos que puedan dar luz respecto a las dos últimas hipótesis de investigación (hipótesis quinta y sexta).

Grupo Clínico: Pre – Post	Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
< 60 años:				
ansiedad cognitiva	0,537 / 0,572		3,882 / 4,079	0,007
ansiedad fisiológica	0,879 / 0,961	1	5,077 / 6,117	0,019
ansiedad motora	1,267 / 1,296		11,003 / 11,338	0,006
G. Clínico:				
ansiedad cognitiva	0,479 / 0,481		4,031 / 4,172	0,025
ansiedad fisiológica	0,799 / 0,872	1	5,882 / 5,971	0,001
ansiedad motora	1,357 / 1,503		6,589 / 6,613	0,036
< 60 años & G. Clínico:				
ansiedad cognitiva	0,886 / 0,939	1	4,332 / 4,421	0,016
ansiedad fisiológica	0,233 / 0,248		4,689 / 4,871	0,002
ansiedad motora	1,045 / 1,136		7,331 / 7,382	0,007

Tabla 4.1: Análisis multivariante relativo al grupo clínico de menores de 60 años y con la variable ansiedad (mediciones pre y postratamiento).

Atendiendo a la tabla 4.1, comprobamos que para el grupo clínico de colectivo de menores de 60 años resultan significativos todos los parámetros de ansiedad atendiendo a la situación previa y posterior al tratamiento. Este nivel de significatividad se alcanza tanto cuando se analiza exclusivamente la variable edad (< 60 años) o la variable tipo de grupo (clínico) y, especialmente, cuando se cruzan ambas variables.

Grupo Clínico: Pre- Post	Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
> 60 años:				
ansiedad cognitiva	0,342 / 0,410	1	4,218 / 4,403	0,115
ansiedad fisiológica	1,211 / 1,279		6,355 / 6,451	0,039
ansiedad motora	0,766 / 0,815		10,557 / 11,329	0,006
G. Clínico:				
ansiedad cognitiva	0,812 / 0,762	1	8,442 / 8,317	0,073
ansiedad fisiológica	3,411 / 3,512		6,751 / 6,832	0,034
ansiedad motora	1,017 / 1,139		6,431 / 6,571	0,027
> 60 años & G. Clínico:				
ansiedad cognitiva	0,965 / 0,903	1	3,571 / 3,121	0,086
ansiedad fisiológica	1,017 / 1,126		4,128 / 4,219	0,012
ansiedad motora	1,654 / 1,671		8,127 / 8,326	0,009

Tabla 4.2: Análisis multivariante relativo al grupo clínico de mayores de 60 años y con la variable ansiedad (mediciones pre y postratamiento).

En el caso de la tabla 4.2, constatamos igualmente que aparecen distintos niveles de significatividad pero con algunas peculiaridades. Es claro que en los planos de ansiedad fisiológica y motora siempre resulta significativa tanto cuando se presentan aisladamente la variable edad (> 60 años) y la variable grupo (clínico) como cuando se cruzan ambas variables; no así sucede respecto al componente cognitivo de la ansiedad.

Grupo Control: Pre – Post	Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
< 60 años:				
ansiedad cognitiva	0,978 / 0,861		3,297 / 3,207	0,159
ansiedad fisiológica	1,129 / 1,106	1	6,592 / 6,471	0,344
ansiedad motora	1,967 / 1,951		12,031 / 11,897	0,461
G. Control:				
ansiedad cognitiva	0,421 / 0,417		4,001 / 3,971	0,227
ansiedad fisiológica	0,865 / 0,851	1	5,357 / 5,013	0,549
ansiedad motora	0,843 / 0,812		10,244 / 10,092	0,211
<60 años & G. Control:				
ansiedad cognitiva	0,626 / 0,607		2,978 / 2,834	0,329
ansiedad fisiológica	1,027 / 1,013	1	6,233 / 6,091	0,561
ansiedad motora	1,798 / 1,761		9,459 / 9,312	0,397

Tabla 4.3: Análisis multivariante relativo al grupo control de menores de 60 años y con la variable ansiedad (mediciones pre y postratamiento).

La información se torna muy distinta cuando nos acercamos a las tablas 4.3 y 4.4. En relación a la tabla 4.3 comprobamos el grupo control (situación previa y posterior) no logra obtener datos que conlleven niveles de significatividad en ningún de los parámetros de la ansiedad tanto al analizar

separadamente el grupo de edad (< 60 años) y el tipo de grupo (control) como al cruzar ambas variables.

Grupo Control: Pre-Post	Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
> 60 años:				
ansiedad cognitiva	1,013 / 0,938	1	3,029 / 2,976	0,412
ansiedad fisiológica	1,198 / 1,132		6,433 / 6,329	0,376
ansiedad motora	2,312 / 2,206		9,039 / 8,938	0,623
G. Control:				
ansiedad cognitiva	0,762 / 0,751	1	4,233 / 4,217	0,167
ansiedad fisiológica	0,431 / 0,427		5,229 / 5,162	0,089
ansiedad motora	1,351 / 1,314		11,017 / 10,932	0,517
>60 años & G. Control:				
ansiedad cognitiva	1,455 / 1,409	1	5,079 / 4,961	0,236
ansiedad fisiológica	1,872 / 1,839		4,899 / 4,883	0,175
ansiedad motora	1,877 / 1,816		10,877 / 10,605	0,631

Tabla 4.4: Análisis multivariante relativo al grupo control de mayores de 60 años y con la variable ansiedad (mediciones pre y postratamiento).

Y, en el caso de la tabla 4.4., al realizar los respectivos análisis estadísticos con respecto al grupo control y los mayores de 60 años nos encontramos nuevamente con niveles de no significatividad. Esta información se repite de nuevo tanto cuando se presentan aisladamente las variables de edad (> 60 años) y tipología de grupo (control) como cuando se cruzan.

A continuación, en las siguientes tablas nos ceñiremos exclusivamente al grupo clínico tratando de recabar información relativa a la respuesta lograda en los grupo de pacientes mayores de 60 años diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa tras el entrenamiento en relajación y con respecto a la variable dependiente de ansiedad en sus tres planos.

Grupo Clínico: Pre-Post	Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
> 60 años:				
ansiedad cognitiva	0,342 / 0,410		4,218 / 4,403	0,115

ansiedad fisiológica	1,211 / 1,279	1	6,355 / 6,451	0,039
ansiedad motora	0,766 / 0,815		10,557 / 11,329	0,006
E. Crohn:				
ansiedad cognitiva	0,829 / 0,917		7,734 / 7,821	0,098
ansiedad fisiológica	2,139 / 2,112	1	6,539 / 6,371	0,003
ansiedad motora	0,761 / 0,811		6,329 / 6,312	0,031
> 60 años & E. Crohn:				
ansiedad cognitiva	0,834 / 0,886		3,361 / 3,417	0,437
ansiedad fisiológica	0,956 / 1,013	1	3,957 / 4,012	0,129
ansiedad motora	1,512 / 1,392		7,639 / 7,428	0,036

Tabla 4.5: Análisis multivariante relativo al grupo clínico de mayores de 60 años con Enfermedad de Crohn y con la variable ansiedad (mediciones pre y postratamiento).

Se puede entresacar de la tabla 4.5 relativa al grupo clínico que presenta niveles de significatividad en los planos fisiológico y motor cuando se presentan aisladamente las variables de edad (> 60 años) y tipo de enfermedad (Crohn); no es significativa la ansiedad cognitiva. Y, en cambio, al cruzar ambas variables únicamente resulta significativa la ansiedad motora.

Grupo Clínico:	Suma de Cuadrados			
Pre-Post	Tipo III	Gl	F	Significación
> 60 años:				
ansiedad cognitiva	0,342 / 0,410	1	4,218 / 4,403	0,115
ansiedad fisiológica	1,211 / 1,279		6,355 / 6,451	0,039
ansiedad motora	0,766 / 0,815		10,557 / 11,329	0,006
Colitis Ulcerosa:				
ansiedad cognitiva	0,693 / 0,701	1	8,329 / 8,358	0,049
ansiedad fisiológica	2,397 / 2,239		6,691 / 6,587	0,011
ansiedad motora	0,946 / 0,937		5,879 / 5,792	0,042
> 60 años & C. Ulcerosa:				
ansiedad cognitiva	0,937 / 0,861	1	3,491 / 3,361	0,038
ansiedad fisiológica	0,877 / 0,793		3,721 / 3,706	0,016
ansiedad motora	1,493 / 1,276		7,381 / 7,192	0,007

Tabla 4.6: Análisis multivariante relativo al grupo clínico de mayores de 60 años con Colitis Ulcerosa y con la variable ansiedad (mediciones pre y postratamiento).

En el caso de los pacientes mayores de 60 años diagnosticados de Colitis Ulcerosa (tabla 4.6) constatamos que al atender exclusivamente el tipo de patología se presenta la significatividad en los distintos tipos de ansiedad. Y es también obviamente significativo al cruzar ambas variables (edad y tipología de patología inflamatoria); tanto la ansiedad cognitiva, como la fisiológica y motora al comparar la situación previa y posterior al tratamiento psicológico resultan significativas las diferencias.

5. Discusión

Una vez reflejados los distintos resultados obtenidos a partir del análisis estadístico, pasamos a su interpretación y discusión a la luz de nuestras hipótesis de investigación.

Esta interpretación a nivel intergrupar inicialmente lo llevamos a cabo conforme a los datos obtenidos (medida postratamiento) en el análisis estadístico *t de Student* y, posteriormente, nos acercamos desde el análisis multivariante atendiendo a las variables de edad y tipología de enfermedades inflamatorias.

En la primera hipótesis planteamos que los enfermos diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor clima familiar que los no tratados psicológicamente.

El grupo tratamiento presenta, como consecuencia del entrenamiento en relajación, una destacada mejoría en la dimensión Relaciones de la variable Clima Familiar. Estos sujetos, en comparación con los del grupo control, parecen mejorar en relación al grado de cohesión intrafamiliar reduciéndose el nivel de conflicto en el mismo aunque no es significativa el alza en su nivel de manifestación de sentimientos en ese ámbito.

En la dimensión Desarrollo de la mencionada variable, el grupo sometido al entrenamiento psicológico parece superar al grupo control en lo que concierne a la seguridad en sí mismo, la orientación a la competitividad y la participación en actividades recreativas con los miembros de la familia; no obstante, las subescalas Intelectual-cultural y Moralidad-religiosidad no presentan diferencias significativas entre ambos grupos, es decir, dicho entrenamiento en relajación no parece influir decisivamente en estos aspectos (Smith, G. et al., 2002; Sevcik, D., 2005).

En la dimensión Estabilidad de esta variable, el grupo tratamiento parece reflejar, únicamente, un mayor grado de control intrafamiliar que el grupo control pero, no existe diferencia relevante en lo que se refiere a la estructura y organización.

A pesar de que en todos las subescalas en que hay diferencia significativa de medias ésta parece decantarse a favor del grupo tratamiento, aparecen otras como Expresividad, Intelectual-cultural,

Moralidad-religiosidad y Organización en que el entrenamiento parece no haber ocasionado diferencias entre ambos grupos.

En la segunda hipótesis planteamos que los enfermos diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un nivel más alto de motivación de ejecución que los no tratados psicológicamente. Comprobamos que el entrenamiento no parece haber influido en los distintos niveles de ansiedad respecto al rendimiento.

La motivación de ejecución les impulsa a lograr metas, a ser más efectivos en su quehacer diario. El conocimiento y la rutina de su vida favorece bajos niveles de tensión. (Joachim, G. & Milne, B., 1987; Sewitch, M. et al., 2001).

Los sujetos sometidos al entrenamiento en relajación, definitivamente, parecen mejorar en lo relativo a la motivación positiva a la acción.

En la tercera hipótesis planteamos que los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un nivel más bajo de ansiedad que los no tratados psicológicamente.

El entrenamiento en relajación parece influir, únicamente, en el nivel fisiológico de la variable Ansiedad, no siendo significativos los niveles cognitivo y motor. Tal vez, pueda establecerse una relación directa de las subescalas de ansiedad de la variable Motivación de Ejecución con estos niveles cognitivo y motor, de ahí que por ambas partes el resultado no haya sido relevante (Bernstein, D. & Borkovec, T., op. cit.; Siegler, I. et al., 2000).

En la cuarta hipótesis planteamos que los enfermos diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor estado físico que los no tratados psicológicamente.

El grupo tratamiento en comparación con el grupo control, únicamente, ha mejorado en el índice Hierro no siendo significativo el resto de índices. Es decir, parece ser que el entrenamiento en relajación no ha repercutido notablemente, en términos globales, en el Estado Analítico del grupo tratamiento.

En la quinta hipótesis destacamos que los enfermos del grupo clínico diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, y tras el entrenamiento en relajación, presentan una mejora significativa en los distintos componentes de ansiedad respecto al grupo de control.

Confirmamos que el grupo clínico a diferencia del de control presenta diferencias significativas entre las mediciones pretratamiento y postratamiento en los tres parámetros de ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor) especialmente para el grupo de pacientes menores de 60 años. En el caso de los mayores de 60 años constatamos que no así se consigue con la ansiedad cognitiva. Entendemos que parece ser más complicado el cambio y modificación de estructuras mentales favorable a un afrontamiento adaptativo para aquellos pacientes que se encuentran en el colectivo de mayores o en la tercera/cuarta edad. Parece ser que aparecen mayores resistencias al cambio con un tratamiento de estas características. Se explicita muy claramente al cruzar las variables de edad (> 60 años) y grupo clínico. El aumento en la edad para estos pacientes de Crohn y Colitis Ulcerosa no contribuye positivamente de cara a integrar y adaptarse a una realidad patológica como la que presentan. Podemos, en definitiva, constatar comparando los grupos clínico y control que a pesar de ser positiva la intervención psicológica para estos pacientes no resulta suficiente para abordar las complicaciones de su enfermedad (Hagemeyer, 2003; Rosenstrauch, 2005).

En la sexta hipótesis reseñamos que los pacientes mayores de 60 años diagnosticados de Colitis Ulcerosa, tras el entrenamiento en relajación, presentan una mejoría superior en el nivel de ansiedad respecto a los diagnosticados de Crohn.

La complejidad sintomatológica en los pacientes que padecen la Enfermedad de Crohn suele ser superior a la de aquellos que padecen Colitis Ulcerosa; de ahí que ello nos llevó a determinar que estas posibles diferencias podrían seguir manifestándose tras un entrenamiento psicológico como ya hemos podido comprobar. Los mayores de 60 años con Enfermedad de Crohn parecen presentar mayores resistencias que los pacientes de Colitis Ulcerosa; la gravedad de la patología puede influir en el abordaje y afrontamiento de sus vidas cotidianas. No resulta suficiente la significatividad relativa a los planos fisiológico y motor. Hemos constatado que la variable influye y es manifiestamente decisiva para el afrontamiento; la diferencia entre los mayores de 60 y los menores de 60 años parece centrarse

fundamentalmente en el plano cognitivo. Los mayores de 60 años parecen presentar importantes dificultades para el afrontamiento cognitivo; este plano que puede marcar y dilucidar la futura manifestación de ambas patologías conforme a una modificación y consolidación de esquemas mentales válidos para un abordaje adaptativo, ajustado a las circunstancias que le toque vivir a este tipo de paciente (Sewitch, 2001; Smith, 2002; Sevcik, 2005).

A la vista de los resultados y la consiguiente interpretación podemos indicar que aceptamos parcial o totalmente las distintas hipótesis. Concluimos que el grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, mejora significativamente en las variables de Clima Familiar, Motivación y Ansiedad respecto al grupo control. Y consiguientemente, aceptamos la hipótesis general de la presente investigación por la que los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, mejoran su estado en cuanto a aspectos psicológicos frente a los no tratados psicológicamente.

La obtención de estas conclusiones nos anima a plantear posibles líneas de investigación: por un lado, continuar con la comparativa de resultados entre la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa teniendo en cuenta variables como la motivación y clima social respecto a la complejidad sintomatológica; por otro lado, el empleo de otras técnicas terapéuticas como: la inoculación de estrés para la reducción de la ansiedad (fundamentalmente, a nivel cognitivo), la desensibilización sistemática en relación a temores (nivel fisiológico) y, el entrenamiento en determinadas habilidades sociales (nivel motor). Incluso, podría ser interesante su aplicación simultánea junto con un grupo control. Este estudio parece apuntarnos la conveniencia de aplicar o añadir otras técnicas que ayuden a mejorar más a estos pacientes crónicos de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

Referencias bibliográficas

- ALVÁREZ CÁCERES, R. (1994). Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicación a las ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos.
- BANDURA, A. (1978; 1983). The self system in reciprocal determinism. American Psychologist, 33, pp. 344-358.
- BERNSTEIN, D. & BORKOVEC, T. (1983). Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BLUMBERG, R. y STROBER, W. (2001). Prospects for research in Inflammatory bowel disease. Journal of the American Medical Association, 285, 643-647.
- BURISH, TH. & BRADLEY, L. (1983). Coping with chronic disease. Research and applications, Paris: Academic Press.
- CARROBLES, J. (1987). Análisis y modificación de la conducta. II. Aplicaciones clínicas. Madrid: UNED.
- CARROBLES, J. & GODOY, J. (1987). Biofeedback. Principios y aplicaciones. Barcelona: Martínez Roca.

- DROSSMAN, D., PATRICK, D., MITCHELL, C., ZAGAMI, E. & APPELBAUM, M. (1989). Health related quality of life in inflammatory bowel disease. Funcional status and patients worries and concerns. Digestive Diseases and Sciences, 34, p. 1385.
- DROSSMAN, D. (1999). Psychosocial factors in Ulcerative Colitis and Crohn's disease. In J. Kirsner (Ed.), Inflammatory bowel disease. Philadelphia: Saunders.
- DUFFY, L., ZIELEZNY, M., MARSHALL, J., BYERS, T., WEISER, M., PHILLIPS, J., CALKINS, B., OGRA, P. & GRAHAM, S. (1990). Cigarette smoking and risk of clinical relapse in patients with Crohn's disease. American Journal of Preventive Medicine, 6, 161-166.
- GATHCHEL, R. y OORDT, M. (2003). Gastrointestinal disorders. In R. Gathchel y M. Oordt, Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration, American Psychological Association, 169-185.
- GALLAGHER, R., McCANN, W., JERMAN, A., HUGHES, J., LANGELIER, R. & STEWART, F. (1990). The behavioral medicine service. An administrative model for biopsychosocial medical care, teaching and research. General Hospital Psychiatry, 12, 283-295.
- GARCÍA-VEGA, E. & FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ, C. (2004). Behavior Research and Therapy, 42 (4), 367-383.
- GERSON, M., GRECA, C. & NATHAN-VIRGA, S. (1993). Three kinds of coping: Families and inflammatory bowel disease. Family Systems Medicine, 11(1), pp. 55-65.
- GIL ROALES-NIETO, J. & AYLLON, T. (1991). Medicina Conductual. 1. Intervenciones conductuales de problemas médicos y de salud. Granada: Ciencias de la Salud, Universidad de Granada.
- GOLDRING, A., TAYLOR, Sh. y KEMENY, M. (2002). Impact of health beliefs, quality of life and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. Health Psychology, vol 21 (3), 219-228.
- HAGEMEIJER, A. et al. (2003). Aspectos psicológicos y psiquiátricos en las enfermedades inflamatorias intestinales. Revista de Psiquiatría de Facultad de Barcelona, 30 (2), 97-104.
- HIVELY-PETILLO, M. (1985). Psychologic factors and inflammatory bowel disease : A review of the literature. J. Enterostom. Ther., 12, pp. 214-216.
- HORNSBY, L. (1970). Ulcerative colitis: A contemporary overview. Dis. Nerv. Syst., 31, 338-343.
- JACOBSON, E. (1974). Progressive relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice. Chicago: University Press.
- JACOBSON, E. (1987). Progressive relaxation. En M. VALLEJO PAREJA, Estudio y tratamiento del dolor. Factores inespecíficos del entrenamiento en biofeedback. Madrid: Universidad Complutense.
- JOACHIM, G. & MILNE, B. (1987). Inflammatory bowel disease: effects on lifestyle. Journal of Advanced Nursing, 12, pp. 483-487.

- KEEFE, F. & BLUMENTHAL, J. (1982). Assessment strategies in behavioral medicine. New York: Grune & Stratton.
- KLEIN, G. (1970). Perception, motives and personality. New York: Alfred Knopf.
- KÜNSEBECK, H., KÖBER, J. & FREYBERGER, H. (1990). Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 54, pp. 110-116.
- LITTLE, S., AKIN-LITTLE, K. y WALDON, E. (2006). Intestinal disorders. In L. Phelps. *Chronic health-related disorders in children: collaborative medical and psychoeducational interventions*. American Psychological Association, 111-122.
- MAHONEY, M. (1979). Cognitive and noncognitive views in behavior modification. En P. Sjoden, S. Bates & W. DOCKENS, Trends in behavior therapy. New York: Academic Press.
- MALLET, S., LENNARD-JONES, J., BINGLEY, J., GILM, E. (1978). Living with the disease. *Lancet*, 2, pp. 619-621.
- MARTÍN, M. & DELGADO, M. (1993). Estadística aplicada. Salamanca: Universidad Pontificia.
- MASSON, S. (1985). Las relajaciones. Barcelona: Gedisa.
- MAUNDER, R., ROOY, E., TONER, B., GREENBERG, G. STEINHART, A., McLEOD, R. y COHEN, Z. (1997). Health-related concerns of people who receive psychological support for Inflammatory Bowel Disease. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 11, 681-685.
- MEICHENBAUM, D. (1977). Cognitive-behavior modification : An integrative approach. New York: Plenum Press.
- MIGUEL TOBAL, J. & CANO VINDEL, A. (1986). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Madrid: TEA.
- MOOS, R., MOOS, B. & TRICKETT, E. (1984). Escalas de clima social : F.E.S. Madrid: TEA.
- MURRAY, J. (1984). Psychological factors in ulcerative colitis. *Journal of General Psychology*, 110, 201-221.
- PELECHANO, V. (1990). Cuestionario de motivación y ansiedad de ejecución (M. A. E.). Madrid: Fraser Española.
- REIG, A.(1985).La psicología en el sistema sanitario. Papeles del Colegio de Psicólogos, 20, 7-12.
- RILEY, S., MANI, V., GOODMAN, M. & LUCAS, S. (1990). Why do patients with ulcerative colitis relapse?. *Gut*, 31, pp. 179-183.
- RHODES, A. Quality of life issues for people with IBD: An exploratory study to investigate the relationship of coping skills, social support and negative social interactions to anxiety and depression for people with IBD. *Dissertation Abstracts International*, vol 67 (10-B), 2007.
- ROSENSTRAUCH, P. (2005). The effects of relationship-focused coping on inflammatory bowel disease. *Disertation Abstracts International*, Vol 66 (3-B).
- SCHWARTZ, S. & BLANCHARD, E. (1991). Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behavior Research and Therapy*, 29(2), pp. 167-177.

- SEARLE, A. y BENNETT, P. (2001). Psychological factors and Inflammatory Bowel Disease: A review of a decade of literature. *Psychology, Health & Medicine*, vol. 6 (2), 121-135.
- SEVCIK, D. (2005). Evaluating illness representations and illness intrusiveness ratings in individuals with and without Inflammatory Bowel Disease. *Dissertation Abstracts International*, 65 (12).
- SEWITCH, M., DOBKIN, P., ABRAHAMOWICZ, M., BITTON, A., DALY, D., WILD, G., COHEN, A., KATZ, S. y SZEGO, P. (2001). Psychological distress, social support and disease activity in Inflammatory Bowel Disease. *American Journal of Gastroenterology*, 96, 1470-1479.
- SHAUGHNESSY, J. & ZECHMEISTER, E. (1990). Research methods in psychology. New York: McGraw-Hill.
- SIEGLER, I. LEVENSTEIN, S., FEAGANES, J. y BRUMMETT, B. (2000). Personality before and after illness onset among patients with Inflammatory Bowel Disease: A controlled, prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 62.
- SMITH, G., WATSON, R. y PALMER, K. (2002). Inflammatory bowel disease: Developing a short disease specific scale to measure health related quality of life, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 39 (6), 583-590.
- SWEET, J., ROZENSKY, R. & TOVIAN, S. (1991). Handbook of clinical psychology in medical settings. New York: Plenum Press, p.193.
- VILLANUEVA, C. (1988). Manual de biofeedback. Madrid: Mapfre.
- WATCHEL, P. (1977). Psychoanalysis and behavior therapy. New York: Basic Books.
- WIETERSHEIM, J., KÖHLER, T. & FEIEREIS, H. (1992). Relapse-precipitating life events and feelings in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy & Psychosomatic*, 58, 103-112.
- WHITEHEAD, W. & SCHUSTER, M. (1982). The treatment of functional gastrointestinal disorders. En R. Gallon, The psychosomatic approach to illness. New York: Elsevier.
- WOLPE, J. (1981). Cuestionario de temores. En J. WOLPE, La práctica de la terapia de conducta. México: Trillas.
- ZUCKERMAN, M. & BRIONES, D. (1989). Inflammatory bowel disease: overview and psychosomatics. *Texas Medicine*, 85, pp. 32-36.