

# *Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento*

**Miguel Ángel DÍAZ SIBAJA**

*Servicio Andaluz de Salud*

**María Isabel COMECHE MORENO**

**Blanca MAS HESSE**

**Marta DÍAZ GARCÍA**

**Miguel Ángel VALLEJO PAREJA**

*Universidad Nacional de Educación a Distancia*

## *Resumen*

Los objetivos de esta investigación fueron evaluar las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan los enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa una vez diagnosticada la enfermedad y relacionar estas estrategias con el estado de ánimo (depresivo - no depresivo), con el fin de determinar qué estrategias de afrontamiento son las que más están influyendo en el estado de ánimo del enfermo. La muestra estuvo formada por 40 pacientes, a los que se les administró un cuestionario demográfico, el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Los datos de este estudio reflejan que un alto porcentaje de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (45%) se encuentra deprimido, y que las diferencias en cuanto al sexo y la situación laboral son estadísticamente significativas, siendo las mujeres y aquellos pacientes que se encuentran desempleados, jubilados o que se dedican a sus labores los que mayor puntuación en depresión obtienen. Asimismo, la estrategia de afrontamiento que mejor predice un estado de ánimo depresivo es la de huida.

*Palabras clave:* Crohn, colitis ulcerosa, estrategias de afrontamiento, depresión, adaptación.

## *Abstract*

The objectives of this research were to evaluate the stress coping strategies that Crohn and Ulcerative Colitis patients use once the illness is diagnosed and to relate these strategies with the mood (depressive - not depressive), with the aim of determining which coping strategies are influencing more in the patient mood. The sample was formed by 40 patients. They completed a demographic questionnaire, the Beck Depression Inventory and the Coping Strategies Questionnaire by Lazarus and Folkman. The data of

this study reflect that a high percentage of Crohn and Ulcerative Colitis patients (45%) are depressed, and differences relating the sex and employed situation are statistically significant, being women and unemployed, retired or housewife patients who got a higher score in depression. Likewise, the coping strategy that better predicts the mood depression state is the avoidance.

*Key words:* Crohn, Ulcerative Colitis, Coping Strategies, Depression, Adaptation.

El término de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se usa para referirse a un grupo de enfermedades del aparato digestivo 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 enfermedades inflamatorias intestinales se haya 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).

Las causas de las EII no están claramente definidas, existe, en la actualidad, una polémica abierta sobre los factores que podrían estar influyendo en su etiología y/o mantenimiento. Algunos autores postulan que las EII se deben sólo y exclusivamente a factores biológicos (Mendeloff, Monk y Siegal, 1970; Cantor, 1984). Dentro de las explicaciones etiológicas de corte biologicista, unas han dado un mayor peso a los factores inmunológicos (Chadwick, 1992; Anton y Shanahan, 1998), otras a los factores genéticos (Jewell y Lowes, 1991), y un tercer grupo a los factores infecciosos (Gitnick, 1990; González, Marín, Lázaro y Molina, 2003).

Sin embargo otros investigadores han relacionado las enfermedades de Crohn y Colitis Ulcerosa con factores psicológicos, como, por ejemplo, trastornos psiquiátricos

(Kurina y cols. 2001), características de personalidad (Robertson, Ray, Diamond y Edwards, 1989; Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor y Bagby, 1996), el estrés (Maunder, 2000) o los estilos de vida (Casati y Toner, 2000).

Hoy en día, la teoría más extendida y aceptada es la que postula que la EII se debe a un funcionamiento deficitario del sistema inmunológico, causado por la combinación de distintos factores, entre los que se incluyen: genéticos, inmunológicos y medioambientales. De esta forma, entenderíamos que la EII es una enfermedad multicausal que genera una alteración del sistema inmune (Pecasse, 2001; González y cols., 2003).

Desde la propuesta del modelo biopsicosocial realizada por Engel en 1977 (Engel, 1977, 1980), la mayoría de los autores coinciden en atribuir una etiología multifactorial a las enfermedades crónicas. El modelo biopsicosocial postula que, tanto los factores biológicos como los psicosociales, juegan un papel muy importante en el proceso de aparición y desarrollo de las EII, así como en las consecuencias y las repercusiones de las mismas. Tanto es así, que los factores psicosociales predicen en primer lugar y por delante de los síntomas físicos, las visitas al médico de estos pacientes (Drossman, Lesrmen y Mitchell, 1991).

Algunos autores han coincidido en señalar que los pacientes con EII presentan más alteraciones psicopatológicas que la población normal, predominantemente ansiedad, depresión y trastornos neuróticos (Guthrie y cols., 2002; Pizzi y cols., 2006).

Aunque se ha encontrado una alta comorbilidad entre las alteraciones del estado de ánimo y las EII, no queda claro en la literatura si los trastornos psicopatológicos son previos al desarrollo de la enfermedad o son una consecuencia de ésta. Algunos autores consideran que las EII serían consecuencia de los episodios depresivos previos. Desde esta perspectiva, las alteraciones emocionales predicen la situación médica de estos enfermos, es decir, serían la causa de la enfermedad (Tarter, Switala, Carra, Edwards y Van Thiel, 1987).

En cambio, otros autores sugieren que muchos de estos pacientes presentan sintomatología depresiva durante las fases agudas de la enfermedad gastrointestinal, sin haber encontrado evidencia de que el estado de ánimo depresivo provoque una exacerbación de los síntomas (North, Alpers, Helzer, Spitznagel y Clouse, 1991).

Investigaciones recientes ratifican el hecho de que los pacientes afectados por estas enfermedades presentan niveles de ansiedad y depresión más elevados que la población normal. Las alteraciones psicopatológicas varían y se agravan dependiendo del curso de la EII, lo que sugiere que los trastornos emocionales podrían ser secundarios a la enfermedad física y/o a las repercusiones en el estilo de vida que se dan como consecuencia de ésta (Kurina, Goldacre, Yeates y Gill, 2001; Persoons y cols., 2005).

De esta forma, la reacción emocional de una persona ante un estímulo estresante, como puede ser el padecimiento de la EII, no sólo dependerá de los síntomas físicos, de la valoración que haga de la enfermedad y de las consecuencias que prevea, sino que también dependerá de los cambios que se generan en sus estilos de vida y de las estrategias de afrontamiento que utilice para hacer frente a su nueva situación.

Algunos autores consideran, además, que las estrategias de afrontamiento son el predictor más importante del curso de la enfermedad (Kuechenhoff, Manz y Mathes, 1997; Moskovitz, Maunder, Cohen, McLeod y MacRae, 2000).

Por lo tanto, sería importante conocer qué estrategias de afrontamiento utilizan estos pacientes para adaptarse a su nueva situación de enfermos crónicos, ya que el conocimiento y la valoración de dichas estrategias nos permitirían planificar actuaciones preventivas y de intervención que favorezcan la adaptación de estos pacientes a su enfermedad.

Los objetivos de esta investigación son: evaluar las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan estos pacientes una vez diagnosticada la EII y relacionar estas estrategias con el estado de ánimo (depresivo - no depresivo), con el fin de determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento son las que más están influyendo en el estado de ánimo del enfermo.

## **Método**

### ***Muestra***

El estudio se realizó con una muestra de 40 personas, enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa, pertenecientes a la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa del Campo de Gibraltar. La edad media de la muestra fue de 39,70 años, con una desviación típica de 14,02 años (rango 14 -75 años) y con una distribución por sexos de un 52,5 % de mujeres y un 47,5% de varones.

Con respecto al nivel de estudios, un 47,5% de la muestra tenía estudios primarios, un 42,5% tenía estudios medios (Bachiller o Formación profesional) y un 10% había cursado estudios superiores (Diplomados o Licenciados).

En relación a su situación laboral, un 15% se encontraba estudiando, un 20% se dedicaba a las labores de la casa, un 12,5% estaba en paro, un 40% trabajaba y un 12,5% se encontraba disfrutando de la jubilación.

### **Instrumentos de medida**

*Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y cols., 1961. Adaptación al castellano de Conde, Esteban y Useros, 1976)*

Este inventario consta de 19 apartados, en los que el sujeto debe seleccionar una oración por apartado en función de su grado de identificación. La puntuación obtenida está categorizada en: No depresivo: Puntuaciones de 0 a 9; Depresión Media: Puntuaciones de 10 a 15; Depresión Moderada: Puntuaciones de 16 a 23; Depresión Severa: Puntuaciones de 24 a 63.

*Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1984)*

Este cuestionario mide ocho estrategias de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación y reevaluación positiva. Estas estrategias se agrupan en dos categorías diferentes:

- Estrategias positivas, que ayudarían en la solución del problema: autocontrol, búsqueda de apoyo social, planificación de soluciones del problema y reevaluación positiva.
- Estrategias negativas, que no favorecerían la solución de los problemas: confrontación, distanciamiento, aceptación de la responsabilidad y huida-evitación).

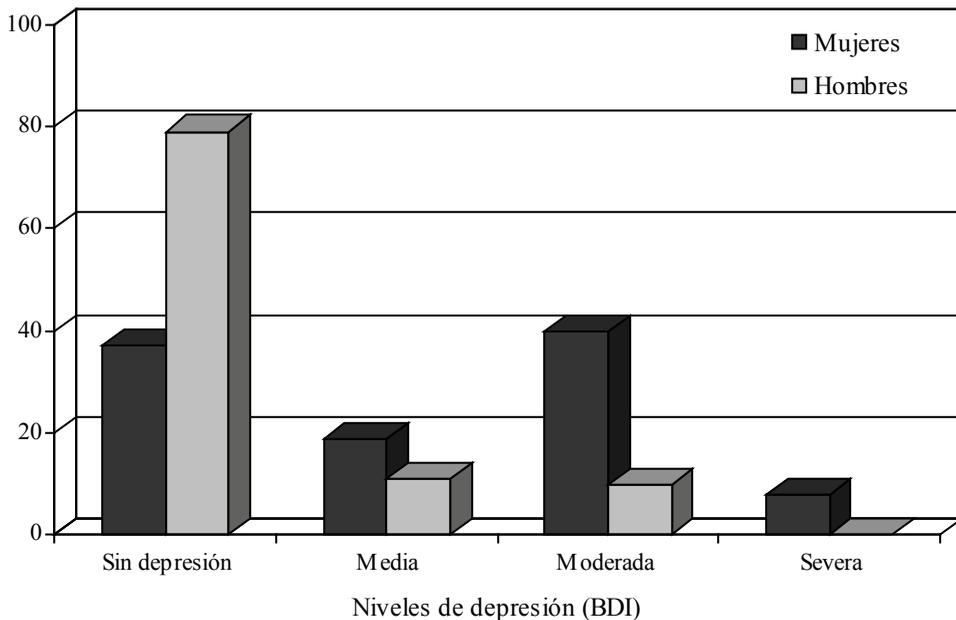


Figura 1. Porcentaje de niveles de depresión en función del sexo.

## Resultados

El primer objetivo de este estudio fue analizar la comorbilidad existente entre las EII y la depresión. Se quería conocer el porcentaje de personas que tenían una puntuación alta en depresión, así como la distribución de la muestra en cuanto a las distintas categorías del Inventario de Depresión de Beck. Los resultados muestran que un porcentaje muy alto de estos pacientes, el 45%, presentaba puntuaciones por encima del punto de corte en el BDI, lo que indicaría una alta comorbilidad entre la EII y la depresión.

A continuación se estudiaron las diferencias existentes en la variable de depresión en función del sexo de los participantes. Como podemos observar en la figura 1, las mujeres reflejaban puntuaciones más elevadas que los hombres en todas las categorías de depresión.

No obstante, para determinar si la diferencia en estas puntuaciones era estadísticamente significativa, se utilizó la prueba *T de Student* de diferencia de medias para muestras independientes. Los datos señalan que estas diferencias eran estadísticamente significativas ( $t=3.35$ ;  $p=0.002$ ), reflejando que las mujeres de la muestra eran las que puntuaban más alto en la variable depresión (tabla 1).

También interesaba saber si existían diferencias en las puntuaciones de depresión en función de la actividad profesional que

ejercían los sujetos. Para analizar estas diferencias se utilizó el coeficiente de asociación *Eta*. Este coeficiente nos da una medida de asociación entre una variable dependiente medida en intervalo o razón y una variable independiente nominal. Cuanto más próximo a 1 sea su valor, más diferenciados estarán los grupos en términos de la variable dependiente. En este análisis, si el valor de *Eta* se encuentra próximo a 1 significará que las diferencias en depresión estarán asociadas a las distintas ocupaciones de los sujetos. Como podemos observar en los datos (tabla 2), las personas que se dedican a sus labores, los parados y los jubilados tienen puntuaciones mayores en la variable depresión ( $F=6.793$ ,  $p>0.0001$ ,  $Eta=0.66$ ,  $Eta^2=0.43$ ).

No obstante, cabe señalar que en la muestra estudiada sólo las mujeres se dedican a sus labores o están paradas (tabla 3), observándose que, además, las mujeres que están trabajando son las que menores puntuaciones tienen en BDI. Las mayores puntuaciones en el BDI corresponden a las mujeres que se dedican a sus labores seguidas de las que se encuentran en paro.

El siguiente objetivo fue analizar qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizaban los sujetos de esta muestra. Los resultados obtenidos indican que el 40% de la muestra empleaba, en mayor medida, las estrategias de afrontamiento positivas,

Tabla 2. Relación entre depresión (BDI) y situación laboral.

<i>SITUACIÓN</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>
<i>Estudiantes</i>	6	8,83
<i>Jubilados</i>	5	12,20
<i>En paro</i>	5	13,80
<i>Sus Labores</i>	8	19,00
<i>Trabajando</i>	16	6,37
<i>TOTAL</i>	40	10,93

Tabla 1. Resultados de la prueba T de Student de diferencias de medias aplicada a las puntuaciones de BDI, en función del sexo.

<i>SEXO</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>T</i>	<i>Sig</i>
Mujeres	21	14,24	3,35	0,002**
Varones	19	7,26		

Tabla 3. Relación entre situación laboral, sexo y depresión (BDI).

<b>Situación laboral</b>	<b>Sexo</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Desv. Típ.</b>
Estudiando	M	10,00	1	
	V	8,60	5	7,96
Jubilados	M	26,00	1	
	V	8,75	4	4,99
Parados	M	13,80	5	5,93
	V	0	0	0
Sus labores	M	19,00	8	3,78
	V	0	0	0
Trabajadores	M	7,00	6	3,16
	V	6,00	10	6,09

un 25% utilizaba las estrategias de afrontamiento negativas y el 35% restante utilizaba ambos tipos de estrategias.

Después se analizó si había diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres. Para determinar el grado de estas diferencias utilizamos el *coeficiente de contingencia*. Este coeficiente indica la relación existente entre dos variables nominales. Los resultados obtenidos (tabla 4) indican que no existe relación entre el sexo y el tipo de estrategias utilizadas. Los hombres y las mujeres de la muestra utilizaban indistintamente ambos tipos de estrategias de afrontamiento (coeficiente de contingencia = 0.14; Sig. = 0.65).

Una vez analizados los datos de las variables depresión y estrategias de afrontamiento, interesaba conocer si ambas variables estaban relacionadas, y si el manejo de las distintas estrategias de afrontamiento estaba influyendo en la puntuación de depresión. Para determinar la relación existente entre el empleo de las distintas estrategias de afrontamiento y las puntuaciones en depresión se utilizó el coeficiente *Eta*. Los datos que se muestran en la tabla 5 revelan

Tabla 4. Relación entre sexo y estrategias de afrontamiento.

<b>SEXO</b>	<b>Estrategias de afrontamiento</b>		
	<i>Negativas</i>	<i>Positivas</i>	<i>Ambas</i>
<b>M</b> (N=21)	6	7	8
<b>V</b> (N=19)	4	9	6
<b>Total</b> (N=40)	10	16	14

Tabla 5. Relación entre depresión y estrategias de afrontamiento.

<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>N</b>	<b>Media en BDI</b>
<i>Negativas</i>	10	15,90
<i>Positivas</i>	16	7,00
<i>Ambas</i>	14	11,86

la existencia de diferencias estadísticamente significativas ( $Eta^2 = 0.23$ ;  $F = 5.785$ , Sig. = 0.007) entre las puntuaciones medias en depresión y las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas. Se observa que los pacientes que utilizan estrategias de afrontamiento negativas tienen una puntuación media en depresión de 15.90, la puntuación media de los que utilizan ambas estrategias es de 11,86 y los que obtienen una menor puntuación en depresión, con una media de 7, utilizan las estrategias de afrontamiento positivas.

Los datos obtenidos hasta el momento reflejan una marcada contradicción. Por un lado, se observa que existe una relación entre el uso de las estrategias de afrontamiento y la puntuación media en depresión, en el sentido de que a mayor uso de las estrategias de afrontamiento negativas, mayor es la puntuación en depresión. Por otro lado, también se constata que las mujeres tienen

puntuaciones más elevadas en el BDI. Ya que la puntuación en depresión está relacionada con las estrategias de afrontamiento y que las mujeres reflejan puntuaciones mayores en depresión, se esperaba encontrar diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en función del sexo de los sujetos. No obstante, los resultados del análisis indican que no existen diferencias en este sentido entre los hombres y las mujeres.

Esta contradicción nos condujo a hacer un análisis más complejo, tomando por separado las puntuaciones de cada una de las estrategias de afrontamiento. El objeto de este análisis es el de determinar cuál de las estrategias está influyendo más en la puntuación de depresión. Se realizó un análisis de Regresión Múltiple, tomando como variable dependiente la puntuación en el BDI y como variables independientes las puntuaciones obtenidas en cada una de las estrategias de afrontamiento.

El resultado de ese análisis de regresión muestra que la variable que más está afectando a la puntuación de depresión es la estrategia de afrontamiento de huida. Esta relación es positiva, lo que quiere decir que a mayor puntuación en esta estrategia, mayor puntuación en depresión (depresión x huida:  $Beta=0.659$ ;  $t=5.403$ ;  $Sig.=0.001$ ;  $R^2=0.434$ ;  $R^2\ corr.=0.420$ ).

Una vez conocida la estrategia de afrontamiento que explicaba parte de la varianza de la puntuación en depresión, se pasó a analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las distintas estrategias de afrontamiento, tomadas de una en una, en función del sexo. Los datos reflejan que la estrategia de afrontamiento de huida (tabla 6) es la única en la que la diferencia entre los hombres y las mujeres es estadísticamente significativa ( $Eta^2=0,106$ ;  $F=4,48$ ,  $Sig.=0,041$ ).

Tabla 6. Resultado del coeficiente *Eta* entre estrategias de afrontamiento y sexo.

<b>Estrategias de afrontamiento</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Varones</b>	<b>Sig.</b>
<i>Confrontación</i>	7,71	8,16	0,688
<i>Distanciamiento</i>	8,00	7,37	0,558
<i>Autocontrol</i>	9,10	9,16	0,94
<i>Apoyo Social</i>	10,48	9,47	0,42
<i>Responsabilidad</i>	5,48	4,58	0,26
<i>Huida</i>	7,86	5,26	0,041*
<i>Planificación</i>	8,05	8,00	0,969
<i>Reevaluación</i>	11,48	11,42	0,96

## Discusión

En este estudio se comprueba que un alto porcentaje de enfermos de Crohn y colitis ulcerosa (45%) se encuentra deprimido, y que las diferencias en cuanto al sexo y la situación laboral son estadísticamente significativas, siendo las mujeres y aquellos pacientes que se encuentran desempleados, jubilados o que se dedican a sus labores los que mayor puntuación en depresión obtienen. Asimismo en este estudio son las mujeres las que poseen una peor situación laboral; en nuestra muestra no hay hombres parados ni que se dediquen a sus labores. Hay que resaltar que las puntuaciones más bajas en el BDI, que indican una ausencia de depresión, se dan precisamente en el subgrupo de mujeres que se encuentran activas laboralmente. Estos datos están en consonancia con lo descrito en la literatura (Blanchard y cols., 1990; Kurina y cols., 2001), y podrían estar sugiriendo que ciertas situaciones laborales (desempleo, jubilación o dedicarse a sus labores), que suelen ir acompañadas de un menor contacto social y un menor poder adquisitivo, unidas a otros factores que se dan como consecuencia de la enfermedad, (cambios en el estilo de vida, en las relaciones familiares etc.) están

influyendo en la valoración personal que el sujeto hace de sí mismo, lo que podría favorecer la aparición de trastornos ansioso-depresivos (Simren y cols., 2002; Persoons y cols., 2005).

La disminución de actividades gratificantes es un factor de riesgo para el padecimiento de un estado de ánimo deprimido. Para Lewinsohn (1974, 1976), la depresión sería una respuesta del organismo ante la pérdida o falta de reforzadores positivos contingentes a la conducta. Asimismo, Costello (1972) sugirió que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés que muestran ante el mundo que les rodea, lo que podría estar explicando la pérdida general de efectividad de los reforzadores. Los enfermos de Crohn y colitis ulcerosa, debido a un impedimento físico real o bien al estigma social derivado de los síntomas de la enfermedad (deposiciones frecuentes y flatulencias) podrían estar disminuyendo la frecuencia de actividades gratificantes, lo que explicaría el alto porcentaje de depresión en estos pacientes.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos enfermos, hemos podido observar que el 60% de la muestra utiliza estrategias de afrontamiento negativas o ambos tipos de estrategias. Los datos muestran que existe una relación significativa entre el tipo de estrategias utilizadas y la puntuación en depresión. De esta forma, la utilización de estrategias positivas está relacionada con puntuaciones menores en depresión, mientras que el uso de estrategias de afrontamiento negativas está relacionado con mayores puntuaciones en dicha escala. Los datos de este trabajo concuerdan con los existentes en la literatura (Moskovitz y cols. 2000; Buceta y Bueno, 2001; Díaz-Sibaja, Comeche y Mas, 2002) en los que se ha establecido que la tendencia a utilizar estrategias

de afrontamiento de negación, huida o evitación incrementa la probabilidad de padecer alteraciones ansioso-depresivas y acentúa los efectos perjudiciales de las mismas. En este sentido, los datos de este estudio indican que la estrategia de afrontamiento de huida es la que mejor predice puntuaciones altas en depresión. En líneas generales las estrategias de afrontamiento que suponen un afrontamiento activo, una búsqueda de soluciones, autocontrol y una reevaluación positiva de la situación incrementan la inmunidad (Moskovitz y cols. 2000; Buceta y Bueno, 2001). En este mismo sentido, en un reciente estudio desarrollado por los autores de esta investigación se ha encontrado que existe una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento positivas y un mejor ajuste de los enfermos a la EII (Díaz-Sibaja y cols., 2002), lo que nos permite pensar que las personas peor adaptadas a su enfermedad se valen de unas estrategias de afrontamiento inadecuadas y son, asimismo, las que presentan una mayor sintomatología depresiva.

Como hemos podido observar en el transcurso de este estudio, se confirman las hipótesis de partida. En primer lugar, se ha obtenido una alta comorbilidad entre las EII y depresión, ya que son muchos los enfermos de Crohn y colitis ulcerosa que presentan puntuaciones elevadas en depresión. Por otro lado, podemos decir que aquellas personas que utilizan estrategias de afrontamiento positivas y las que tienen una ocupación tienen una puntuación menor en depresión. Asimismo se ha encontrado un mayor porcentaje de depresión en mujeres que en hombres, siendo, además, las mujeres las que se encuentran en peor situación laboral y las que con mayor frecuencia utilizan una estrategia de afrontamiento basada en la huida.

No obstante, debemos ser cautelosos al hacer estas afirmaciones, el instrumento de

medida utilizado para medir depresión, el BDI, contiene muchos ítem que miden aspectos biológicos, tales como la pérdida de peso, cansancio, pérdida de apetito, etc., alteraciones que la propia EII produce. Por esta razón, es posible que el número real de personas deprimidas sea menor del obtenido en el estudio. Para próximas investigaciones sería importante utilizar otros instrumentos de medida de la depresión que estuviesen menos influenciados por este tipo de ítem, de tal forma que pudiésemos evitar los falsos positivos.

En segundo lugar, al ser un estudio correlacional no se pueden extraer conclusiones de causalidad. Queda abierto para trabajos futuros estudiar el papel etiológico de la pérdida o ausencia de actividades reforzantes y de ciertos estilos de afrontamiento, en especial la huida, en la depresión de estos enfermos. Además, aunque se ha hecho mención de la influencia que la pérdida de actividades gratificantes tiene en el estado de ánimo, en este estudio no se ha controlado la gravedad de los síntomas de la enfermedad y es posible que aquellos pacientes que presentan una mayor gravedad de síntomas (fiebre, dolor abdominal y diarreas), sean los que disminuyen en mayor medida las actividades gratificantes por el hecho de encontrarse peor físicamente. De esta forma queda pendiente investigar las relaciones entre el estado físico, el emocional y las actividades que la persona realiza.

Por último, de este estudio se extrae la necesidad de enseñar, potenciar o dotar a este grupo de pacientes, a través de la intervención terapéutica, de aquellas estrategias de afrontamiento que les ayuden a adaptarse, de forma activa, a su enfermedad y a conseguir una mejoría en su calidad de vida. Asimismo, se constata la necesidad de impulsar a estos pacientes a realizar actividades gratificantes que les ayuden a ocupar su tiempo de forma agradable y satisfactoria.

## Referencias

- Anton, P.A. y Shanahan, F. (1998). Neuroimmunomodulation in inflammatory bowel disease. How far from “bench” to “bedside”? *Annual NY Academic Science*, 840, 723-734.
- Beck, A.T., Rial, W.T y Rickels, K. (1974). A short form of depression inventory: Cross-validation. *Psychological Report*, 34, 1184-1186
- Blanchard, E.B., Scharff, L., Schwarz, S.P., Suls, J.M. y Barlow, D.H. (1990). The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome. *Behaviour Research Therapy*, 28(5), 401-405.
- 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*. Madrid: Dykinson-Psicología.
- Cantor, D.S. (1984): Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology*, 87, 478-479.
- Casati, J. y Toner, B.B. (2000). Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Biomedical Pharmacotherapy*, 54(7), 388-393.
- Chadwick, V.S. (1992). Immunology of Inflammatory bowel disease. *Current Opinion in Gastroenterology*, 8, 634-640.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Costello, C.G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcers effectiveness? *Behavior Therapy*, 3, 340-347.
- Díaz-Sibaja, M.A., Comeche, M.I., Mas Hesse, B. y Vallejo-Pareja, M.A. (2002). Estrategias de afrontamiento y adaptación

- en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Ansiedad y Estrés*. En prensa.
- Drossman, D.A., Lesrmen, J. y Mitchell, C.M. (1991). Health status and health care use in persons with inflammatory bowel disease: A national sample. *Digestion Disease Science*, 36, 1746-1755.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Gitnick, G. (1990). Etiology of inflammatory bowel disease: where have we been? Where are we going? *Sacandinavian Journal of Gastroenterology*, 175, 93-96.
- González Lara, V., Marín Jiménez, I., Lázaro Pérez, J. y Molina Infante, J. (2003). ¿Cuál es la causa de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal? *Crónica. Revista de la Asociación Nacional de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España*, 59, 10-16.
- Guthrie, E., Jackson, J., Shaffer, J., Thompson, D., Tomenson, B. y Creed, F. (2002). Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *American Journal of Gastroenterology*, 97(8), 1994-1999.
- Jewell, D.P. y Lowes, J.R. (1991). Etiología y patogenia de la colitis ulcerosa y de la enfermedad de Crohn. *Triángulo*, 29 (1/2), 19-23.
- Kuechenhoff, J., Manz, R. y Mathes, L. (1997). What influences the course of Crohn's disease. *Nervenarzt*, 66(1), 41-48.
- Kurina, L.M., Goldacre, M.J., Yeates, D. y Gill, L.E. (2001). Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (10), 716-720.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depresión. En R.J. Friedman y M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (págs.157-185). Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M. (1976). Activity schedules in the treatment of depression. En C.E. Thoresen y J.D. Krumboltz (Eds.), *Counselling methods* (págs. 74-83). Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Maunder, R. (2000). Mediators of stress effects in inflammatory bowel disease: Not the usual suspects. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 569-577.
- Medline Plus: Enciclopedia Médica (2007). Enfermedad de Crohn. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/crohnsdisease.html>
- Mendeloff, A.L., Monk, M. y Siegal, C.I. (1970). Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis. *The New England Journal of Medicine*, 282, 14-17.
- Moskovitz, D.N., Maunder, R.G., Cohen, Z., McLeod, R.S. y MacRae, H. (2000). Coping behavior and social support contribute independently to quality of life after surgery for inflammatory bowel disease. *Disease Colon Rectum*, 43(4), 517-521.
- North, C.S., Alpers, D.H., Helzer, J.E., Spitznagel, E.L. y Clouse, R.E. (1991). Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. *Annual International of Medicine*, 114(5), 381-386.

- North Carol, S. y Alpers David, H. (1994). A review of studies of psychiatric factors in Crohn's disease: Etiologic implications. *Annual of Clinical Psychiatry*, 6(2), 117-124.
- Pecasse, L. (1998). *Y ahora ¿qué hago? Consejos prácticos para personas con Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa*. Madrid: Fundación ONCE.
- Pecasse, L. (2001). Introducción al diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Revisión 2001. En <http://www.accuesp.com>.
- Pizzi, L.T., Weston, C.M., Goldfarb, N.I., Moretti, D., Cobb, N., Howell, J.B., Infantolino, A., Dimarino, A.J. and Cohen, S. (2006). Impact of chronic conditions on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease*, 12(1) 47-52.
- Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L, Pierik M, Hlavaty T, Van Assche G, Noman M y Rutgeerts P (2005). The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 22(2), 101-110.
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, J.G. y Bagby, R.M. (1996). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 569-573.
- Robertson, D.A., Ray, J., Diamond, I. y Edwards, J.G. (1989). Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 30(5), 623-626.
- Simren, M., Axelsson, J., Gillberg, R., Abrahamsson, H., Svedlund, J. y Bjornsson, E.S. (2002). Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *American Journal of Gastroenterology*, 97(2), 389-396.
- Tarter, R.E., Switala, J., Carra, J., Edwards, K.L. y Van Thiel, D.H. (1987). Inflammatory bowel disease: Psychiatric status of patients before and after disease onset. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17(2), 173-181.
- Vilaseca, J., Casellas, F. y Guarner, F. (1996). Enfermedad inflamatoria del intestino. En Farreras, F. y Rozman, C. (Eds.), *Medicina Interna*. Barcelona: Mosby-Doyma Libros, S.A.