

Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa

SERGIO TOBÓN*

Universidad de Antioquia, Colombia

STEFANO VINACCIA,

JAPCY MARGARITA QUICENO

Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

BONIFACIO SANDÍN

Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

Y

ARIEL CÉSAR NÚÑEZ ROJAS

Universidad de Manizales, Colombia

Abstract

The inflammatory diseases of the intestine (IDI) are chronic disorders that cause inflammation as well as destruction of the intestinal tissue. The IDI are divided into two types: Crohn's disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC). The etiology of both diseases is rarely mentioned, and their course is influenced by multiple bio-psycho-social factors. Diverse investigations are providing evidence of the implication psychological factors have in the course of the IDI, such as: psycho-social stress, coping of strategies, psychopathology symptoms, personality traits and social support.

Key words: Crohn's disease, ulcerative colitis, psycho-social stress, coping of strategies, personality, psychopathology symptoms, social support, psychobiology mechanisms.

Resumen

Las enfermedades inflamatorias del intestino (EII) son trastornos crónicos que inflaman y destruyen el tejido intestinal de forma periódica y recurrente. Las EII se clasifican en dos tipos: enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU). La etiología tanto de la EC como de la CU es poco conocida y el curso está influido por múltiples factores de tipo biopsicosocial. Al respecto, diversas investigaciones están aportando evidencia de la implicación de factores psicológicos en el curso de las EII, tales como el estrés psicosocial, las estrategias de afrontamiento, las características de personalidad, los síntomas psicopatológicos y el apoyo social.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento, personalidad, síntomas psicopatológicos, apoyo social, mecanismos psicobiológicos.

Introducción

Las enfermedades inflamatorias del intestino (EII) son trastornos crónicos en los que se inflama y destruye el tejido intestinal de forma periódica y recurrente (Brandtzaeg, 2001). Esta variabilidad del curso clínico está influenciada por la genética, los

factores medioambientales y el sistema inmunológico. Las EII se clasifican en dos tipos: enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU). Las dos enfermedades se caracterizan por ser crónicas, de larga duración y tener períodos intermitentes de remisión y exacerbación (Pearson, 2004). Aunque se han dado avances significativos en el conocimiento de estas

* Correspondencia: Sergio Tobón. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: stobon5@yahoo.com.

dos enfermedades, especialmente con respecto a la patofisiología y al tratamiento, su etiología todavía es poco conocida (Okabe, 2001).

La *enfermedad de Crohn* consiste en una inflamación crónica de la pared intestinal (tal situación puede ocasionar obstrucción intestinal). Generalmente, se manifiesta en el íleon (porción más baja del intestino delgado) y en el intestino grueso; su expresión clínica se da mediante síntomas como diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso y fiebre. Sin embargo, esta enfermedad puede presentarse en cualquier tramo del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el recto; así mismo, puede manifestarse en ciertos segmentos del intestino separados entre sí por tejido sano.

La *colitis ulcerosa* consiste en una ulceración e inflamación que afecta solamente al intestino grueso y al recto. Esto ocasiona con frecuencia diarrea con sangre, dolor abdominal, retorcijones y fiebre. Se sabe que la enfermedad suele comenzar en el recto o en el colon sigmoide (la parte baja final del intestino grueso), extendiéndose de forma parcial o total por el intestino grueso. En algunas personas la mayor parte del intestino grueso está afectada desde su parte inicial.

El primer paso en el diagnóstico de una EII consiste en estudiar de forma exhaustiva los síntomas y la historia clínica del paciente. Al respecto, los *síntomas* más característicos en la EC son diarrea crónica (generalmente sin moco ni pus), hemorragia rectal (especialmente cuando se afecta el recto y el colon), dolor abdominal con retorcijones, fiebre, alternancia de cuadros de defecación normal con diarreicos, pérdida del apetito, pérdida de peso, palpación de bulto o una sensación de plenitud en la parte baja del abdomen, náuseas y vómitos. Con frecuencia la EC tiene complicaciones, algunas de ellas son el desarrollo de obstrucción intestinal (este hecho es uno de los principales indicadores de cirugía), el establecimiento de fístulas y abscesos cerca de la región anal (bolsas de infección llenas de pus), la hemorragia rectal masiva (menos frecuente que en el caso de la CU) y el riesgo de padecer cáncer al cabo de una evolución prolongada. Las enfermedades asociadas con mayor frecuencia a la EC son: cálculos biliares, inadecuada absorción de nutrientes, inflamación de las articulaciones (artritis), inflamación del blanco de los ojos, ulceraciones en

la mucosa de la boca, nódulos cutáneos dolorosos en los brazos y en las piernas y úlceras en la piel que contienen pus.

Por su parte, en la CU los *síntomas* más significativos son la diarrea con sangre, el dolor abdominal, la pérdida gradual de peso, la anemia y la pérdida del apetito. La CU puede causar alteraciones en otras partes del cuerpo, como la artritis, la inflamación del blanco de los ojos, los nódulos de la piel inflamados, las ulceraciones cutáneas y la inflamación de la columna. Las *complicaciones* más frecuentes son la hemorragia masiva (que puede ocasionar una severa anemia por falta de hierro), la colitis tóxica (daño grave de la totalidad del grosor de la pared intestinal), el megacolon tóxico (el colon se distiende exageradamente y se acompaña de fiebre alta) y el riesgo de cáncer de colon (que en pacientes con una colitis ulcerosa extensa y de larga evolución es alto).

Se considera que durante las últimas décadas la incidencia y prevalencia de la enfermedad de Crohn ha aumentando tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. De acuerdo con Casati & Toner (2000), las EII afectan entre 90 y 300 personas por cada 100.000 habitantes en la población general. Así mismo, Buller (1997) indica que alrededor del 2% de los pacientes con EII presentan la enfermedad antes de los 10 años de edad, pero cerca del 30% entre los 10 y 19 años. Por consiguiente, hay una proporción significativa de pacientes que desarrollan la enfermedad antes o durante la adolescencia.

Desde comienzos del siglo XX las EII han sido consideradas como alteraciones de tipo psicossomático, especialmente la CU (Alexander, 1950). A pesar de esto, hay autores que cuestionan tal naturaleza de las EII, por ejemplo Li *et ál.* (2004), debido a que no se ha podido demostrar que los factores psicológicos puedan causar la EC o la CU. Aún así la investigación científica reciente ha aportado evidencia de la asociación del estrés psicosocial y de varios aspectos psicopatológicos con las EII (Levenstein, 2002), especialmente en lo que tiene que ver con la inducción de períodos de actividad, la exacerbación de los síntomas o dificultando el proceso del tratamiento. Además, tanto la CU como la EC afectan de manera signifi-

cativa el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas que las sufren. Todo ello justifica la intervención de los profesionales de la psicología clínica en estas dos condiciones médicas, tanto en la evaluación como en el tratamiento. A partir de estas consideraciones, en este artículo se hace un análisis de los factores psicológicos y sociales estrechamente asociados a las EII. Esto se hace desde una perspectiva biopsicosocial de las dos enfermedades (Levenstein, 2002; Tobón *et ál.*, 2005), en las cuales se da una estrecha interdependencia entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en relación con el curso, la expresión clínica, el tratamiento y las recaídas.

Estrés psicosocial

En los últimos años ha habido un gran interés en el estudio del estrés psicosocial en las EII, debido a que se ha encontrado que se asocia a una mayor vulnerabilidad de las personas a enfermar, y también por el hecho de que las mismas EII son sucesos en sí mismos altamente estresantes. Aunque en dos estudios prospectivos realizados por Riley *et ál.* (1990) y North *et ál.* (1991) no se halló una asociación entre los *sucesos vitales* y los síntomas de las EII al cabo de uno y dos años de seguimiento respectivamente, otros estudios sí muestran evidencia sobre la influencia del estrés en la gravedad de los síntomas. En relación con este aspecto, Duffy *et ál.* (1991) realizaron un estudio prospectivo con el fin de examinar la asociación entre los sucesos vitales y los síntomas en una muestra de 124 pacientes con EII, hallando un mayor riesgo de actividad de la enfermedad en las personas expuestas a sucesos vitales mayores durante la línea base, en comparación con las personas no expuestas.

Además de los sucesos objetivos, en las EII también influye la forma como se perciban tales sucesos. En este sentido, Levenstein *et ál.* (1994) descubrieron que la percepción de los sucesos vitales (medida por medio del *Perceived Stress Questionnaire* de Levenstein *et ál.*, 1993) durante los dos últimos años, se asoció a inflamación rectal en personas con EII asintomáticas.

Así mismo, el estrés puede afectar el bienestar psicológico y de esta forma influir en la gravedad

de los síntomas. En este sentido, Sewitch *et ál.* (2001) realizaron una regresión lineal múltiple y hallaron que el número y el impacto de los sucesos vitales estresantes recientes fueron los mayores factores asociados con los síntomas psicopatológicos en los pacientes con EII.

Sin embargo, parece que, por lo general, un único suceso vital estresante no es suficiente para producir vulnerabilidad frente al desarrollo de las EII, tal como se desprende de la investigación de Li *et ál.* (2004), quienes no encontraron apoyo a la implicación del estrés psicosocial derivado de la pérdida de un hijo en familias de Dinamarca sobre la incidencia o prevalencia de EII, o sobre las tasas de hospitalizaciones en las personas que desarrollaron la enfermedad durante un período de seguimiento de 16 años. A este respecto, compararon dos grupos poblacionales de padres: una muestra de padres que habían perdido un hijo (21.062) y una muestra de padres que no tenían pérdidas de hijos (293.745).

Además de los sucesos vitales estresantes, también se ha informado de la implicación del *estrés diario* en las EII. Garrett *et ál.* (1991) informan de una relación significativa entre el estrés diario y la experiencia de los síntomas en personas con EII (a mayor estrés diario, mayores incrementos en los síntomas). La influencia del estrés diario fue independiente de los sucesos vitales. Así mismo, Greene *et ál.* (1994) hallaron en 11 personas con EII una relación significativa entre el estrés diario y la actividad de la enfermedad.

Finalmente, es importante indicar que los pacientes con EII tienden a considerar el estrés como una causa muy importante del origen o exacerbación de sus síntomas (Hart y Kamm, 2002). En tal sentido, se informa que un porcentaje significativo de pacientes con EII indicaron, cuando se les preguntó por las posibles causas de su enfermedad, que el estrés había sido la principal razón del origen o del agravamiento de sus síntomas intestinales (Robertson *et ál.*, 1989). La atribución que hace la persona sobre las causas de la enfermedad es muy importante para el tratamiento y afrontamiento de la misma, motivo por el cual es esencial que las personas con EII comprendan qué es el estrés y cómo pueden manejarlo para mejorar su calidad de vida.

Estrategias de afrontamiento

Las personas con EII deben afrontar dos tipos de estresores: los sucesos externos (estrés diario o sucesos vitales), que como se expuso en el apartado anterior son comunes en estos pacientes, y la propia enfermedad gastrointestinal, que tiene un impacto psicológico considerable en la persona que la sufre (por ser una condición crónica). De la manera cómo se afronten estos dos tipos de estresores va a depender en cierta medida el estado de salud y el bienestar de los pacientes con EII, así como la incidencia y duración de los períodos de actividad de la enfermedad.

También se ha podido determinar que la calidad de vida se relaciona con el tipo de afrontamiento empleado por los pacientes con EII. Smolen & Topp (1998) evaluaron la relación de varias formas de afrontamiento del estrés con el estado de salud y bienestar en pacientes con EII, teniendo como base una muestra de 46 personas. Los resultados indicaron que el uso de estrategias de afrontamiento evasivas, fatalistas y emotivas se relacionó con una peor percepción de la salud y el bienestar. El análisis de regresión indicó que el 51% de la variabilidad en el bienestar percibido puede ser predicho por el uso de estrategias de afrontamiento fatalistas y optimistas. Estos hallazgos indican que, en general, los métodos de afrontamiento enfocados en la emoción son importantes predictores de las percepciones de salud, el funcionamiento y el bienestar en los pacientes con EII.

Podríamos preguntarnos a través de qué mecanismos se asocia el afrontamiento con la salud y el bienestar en los pacientes con EII. Hay evidencia de que determinadas estrategias de afrontamiento del estrés pueden influir en el estatus de salud mediante el desencadenamiento de emociones negativas. En el caso de las EII, Crane y Martin (2004) aportan evidencia en este sentido. Estos investigadores evaluaron las estrategias de afrontamiento del estrés en personas con EII. Hallaron que el afrontamiento pasivo-emocional se asociaba (en los pacientes con EII) con altos niveles de ansiedad y depresión. Por consiguiente, este podría ser un mecanismo a través del cual el comportamiento podría influir en la calidad de vida y la psicopatología de las EII.

Trastornos y síntomas psicopatológicos

Algunos estudios basados en el empleo de entrevistas estructuradas para la evaluación psicopatológica han descubierto en personas con EII *presencia de trastornos de ansiedad* (Andrews *et ál.*, 1987; Tarter *et ál.*, 1987), *depresión* (Magni *et ál.*, 1991) y *depresión mayor* (en el caso de la EC) (Clouse & Alpers, 1986). Sin embargo, esto sólo indica que hay una asociación de trastornos psicológicos con las EII, pero no implica que exista una relación causal. Cabe anotar que las teorías sobre la implicación de alteraciones psicológicas como causantes de las EII han sido muy criticadas debido a la falta de evidencia científica proveniente de estudios prospectivos y controlados. Aun si se tiene en cuenta lo anterior, es factible esperar que la incidencia de trastornos psicológicos en las EII, aunque no sean determinantes en la etiología, probablemente pueden influir en la producción o exacerbación de los síntomas gastrointestinales, lo que produce mayores riesgos para la salud y una peor calidad de vida. Como apoyo a este planteamiento se ha podido determinar que los trastornos psicológicos se relacionan con la actividad de la enfermedad. Por ejemplo, Walker *et ál.* (1996) evaluaron una muestra de 40 personas con EII usando entrevistas estructuradas e instrumentos de autorreporte. Al respecto, encontraron que los pacientes que presentaban alguna alteración psicológica mostraban tasas elevadas de síntomas gastrointestinales y de otros síntomas médicos no explicados.

A diferencia de los trastornos psicológicos, en los cuales los estudios han sido escasos, las investigaciones sobre síntomas psicopatológicos en las EII han sido más abundantes y han generado un gran interés en esta área. En tal sentido, la evidencia proveniente de diversos estudios indica que los pacientes con EII tienden a tener mayores niveles de *ansiedad* (Magni *et ál.*, 1991; Schwarz *et ál.*, 1993; Addolorato *et ál.*, 1997; Whitehead *et ál.*, 2002) y *depresión* (Magni *et ál.*, 1991; Whitehead *et ál.*, 2002) que los individuos sanos.

Se ha planteado que la enfermedad tiene un importante impacto psicológico en las personas que la sufren. Esto se evidencia en un estudio realizado por Addolorato *et ál.* (1996), quienes encontraron que los

pacientes con EII tenían un mayor grado de ansiedad que las personas sanas, pero esta diferencia fue sólo en la *ansiedad estado* y no en la *ansiedad rasgo*. Además, las personas con EII tuvieron igual grado de ansiedad estado que las personas con enfermedad celíaca. Esto sugiere que la ansiedad puede estar presente como una forma reactiva a la enfermedad. Además, parece que el malestar psicológico tiene algunos cambios durante el curso de la enfermedad. En este sentido, Porcelli *et ál.* (1996a) evaluaron de forma prospectiva la relación entre la ansiedad y la depresión así como la actividad de la enfermedad en 104 personas con EII en una línea base y a los seis meses. Los pacientes se clasificaron en tres grupos: los que permanecieron igual, los que mejoraron y los que empeoraron. Se determinó que la ansiedad y la depresión variaron de acuerdo con los cambios presentados en la actividad de la enfermedad, siendo prominentes estos síntomas psicopatológicos solamente durante la fase aguda de la enfermedad y muy poco en la fase de remisión.

Ahora bien, independientemente de si los factores psicológicos son causa o efecto de las EII, ¿es posible esperar que tales factores influyan en el curso de estas, como por ejemplo, en las recaídas? Para evaluar esta pregunta, Mittermaier *et ál.* (2004) estudiaron una cohorte de 60 pacientes con EII durante un período de seguimiento después de un episodio activo de la enfermedad. La ansiedad y la depresión fueron evaluadas en la línea base y cada tres meses durante un período de 18 meses por medio de parámetros clínicos y biológicos. El análisis de regresión mostró una relación significativa entre los niveles de depresión de la línea base y el número total de recaídas después de 12 y 18 meses de seguimiento. Por su parte, la ansiedad se relacionó con frecuentes recaídas durante el período de seguimiento. Esto indica que la ansiedad y la depresión pueden tener efectos negativos en el curso de las EII, aunque se requieren nuevos estudios que contrasten estos resultados preliminares.

El interés en determinar si existen diferencias entre la EC y la CU es recurrente. Nordin *et ál.* (2002) evaluaron la ansiedad y la depresión en pacientes con EII teniendo en cuenta los efectos de diversos tratamientos médicos y quirúrgicos. Para ello, valoraron

y compararon 331 personas con CU y 161 con EC extraídas de la población general. Los pacientes con EC informaron más ansiedad y depresión que los pacientes con CU. Otro equipo de investigación (Smith *et ál.*, 2002) encontró que los pacientes con EC también tenían significativamente más ansiedad que los pacientes con CU, que las personas sanas y que las personas con artritis. No obstante, a diferencia de Nordin *et ál.* (2002), no encontraron diferencias en los niveles de depresión entre los grupos que fueron comparados. Estos resultados sugieren que los pacientes con EC tienden a ser más ansiosos que los pacientes con CU, probablemente debido a que los primeros tienen síntomas intestinales más graves, una mayor incidencia de mecanismos de afrontamiento desadaptativos (Smith *et ál.*, 2002) o mayores dificultades derivadas de procesos de cirugía. Se requieren nuevos estudios que contrasten estos resultados y que clarifiquen las diferencias en los niveles de depresión en ambas enfermedades.

Otro tema que recientemente ha suscitado el interés es comparar las EII con el síndrome del colon irritable (SCI) a partir de las variables psicológicas. En un estudio se evaluó la ansiedad y la depresión en un grupo de personas con EII en comparación con un grupo de personas con SCI, y no se hallaron diferencias significativas en ambas variables entre los dos grupos (Pace *et ál.*, 2003). Este resultado muestra que tanto los procesos fisiopatológicos orgánicos como los funcionales pueden tener un impacto similar en los síntomas psicopatológicos. Sin embargo, cuando se comparan los tipos específicos de EII con el SCI, los resultados son diferentes. En este sentido, Vinaccia *et ál.* (2004) observaron mayores niveles de ansiedad en los pacientes con CU en comparación con los pacientes que presentaban SCI, aunque ambos grupos tenían niveles elevados en esta variable.

Finalmente, es importante tener en cuenta la presencia de síntomas del SCI en los pacientes con EII en estado de remisión. Simren *et ál.* (2002) hallaron en una muestra de pacientes con CU y EC en estado de remisión altos niveles de ansiedad y depresión asociados a los síntomas del SCI. En las personas con EII la ansiedad fue un predictor independiente de los síntomas parecidos a los del SCI.

Características de personalidad

Las variables de personalidad pueden modular e influir en las estrategias de afrontamiento, en los estados emocionales negativos, en la percepción de los sucesos estresantes y en el apoyo social. Por consiguiente, la personalidad tiene una significativa participación en el proceso de salud.

Más que trastornos de personalidad, en las EII se han estudiado fundamentalmente características específicas de personalidad. El énfasis en estas ha variado desde los años cuarenta, cuando Daniels (1944) indicó que la inmadurez, la dependencia y los rasgos obsesivos eran importantes en la precipitación y recurrencia de la CU, hasta el día de hoy, cuando el interés está centrado en aspectos como la alexitimia, el neuroticismo y la hostilidad.

La *alexitimia* es un constructo derivado de las observaciones de pacientes con enfermedades psicósomáticas clásicas. Este factor ha sido asociado a las EII, lo que sugiere una posible influencia en los síntomas o en la calidad de vida. Uno de los primeros informes de investigación en este campo fue realizado por Fava & Paban (1976-1977), quienes indicaron altos niveles de alexitimia en pacientes con EII. Esto fue corroborado en un estudio controlado realizado por Porcelli *et ál.* (1999), quienes evaluaron los niveles de alexitimia en tres grupos de personas: 121 pacientes con enfermedades gastrointestinales funcionales, 116 pacientes con EII y 112 personas sanas. Se halló que el grupo con trastornos gastrointestinales funcionales fue significativamente más alexitímico que los pacientes con EII. Sin embargo, el grupo de pacientes con EII tuvo mayores niveles de alexitimia que el grupo de personas sanas. Estas diferencias se mantuvieron después de controlar la influencia de la educación, el género, la ansiedad, la depresión y los síntomas gastrointestinales. Esto sugiere que la alexitimia es un factor importante a tener en cuenta en la intervención psicosocial en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales y con EII.

Ya se indicó que la ansiedad y la depresión son dos síntomas psicopatológicos que pueden cambiar con el curso de la enfermedad, cuando se pasa de un estado activo a una fase de remisión. ¿Esta misma situación se da con la alexitimia? Para responder

esta pregunta, Porcelli *et ál.* (1996b) realizaron un seguimiento prospectivo a 104 pacientes con EII durante seis meses. Los resultados indican que mientras que las medidas de ansiedad y depresión fueron influenciadas en el tiempo por cambios en el nivel de actividad de la enfermedad, no hubo cambios significativos en los valores de la alexitimia. Tal hecho muestra que la alexitimia es probablemente una característica estable de personalidad en algunos pacientes con EII, en contraste con la ansiedad y la depresión que dependen de cambios en el nivel de actividad de la enfermedad.

Otro factor de personalidad que se ha asociado con las EII es la *afectividad negativa y positiva*, aspecto que apenas comienza a investigarse. Ondersma *et ál.* (1997) examinaron la relación de la afectividad negativa con la gravedad objetiva, subjetiva y conductual de la enfermedad en 56 adolescentes con EII. En este sentido, encontraron que la afectividad negativa fue relacionada positivamente con la gravedad subjetiva de la enfermedad (dolor, fatiga y malestar). En este mismo estudio también se evaluó la *expresión de hostilidad*, asociada inversamente con la enfermedad objetiva en los pacientes con EII. Esta característica de personalidad tuvo una relación importante con la actividad de la enfermedad en los pacientes adolescentes estudiados.

La EC y la CU tienen algunas características fisiopatológicas y manifestaciones clínicas similares. Algunos investigadores se han interesado en determinar si hay diferencias en factores de personalidad entre estas dos condiciones médicas. Barrett *et ál.* (1996) estudiaron a 82 pacientes con EII; cuando compararon los pacientes con EC con los que tenían CU, respecto a sus características de personalidad, encontraron que los primeros tenían mayor *extroversión y psicoticismo*. No hubo diferencias en el *neuroticismo*. Estos hallazgos se mantuvieron después del ajuste por edad, sexo y conducta de fumar. Los próximos estudios al respecto deberán contrastar estos resultados y establecer la relación entre las características de personalidad y la mayor incidencia de ansiedad en la EC respecto a la CU, tema que todavía no es muy claro.

Un debate que tradicionalmente ha habido en esta área es establecer si las características de per-

sonalidad están antes de que aparezcan las EII o son producidas por estas. En parte, es muy probable que sean el resultado de vivir con una enfermedad crónica durante un largo período de tiempo. Es factible que durante la adolescencia el surgimiento de los primeros síntomas altere el desarrollo normal y sano de la personalidad, generando sentimientos de baja autoestima en los pacientes al verse diferentes de otros jóvenes. Además, en las personas que desarrollan una EII se puede originar una *tendencia obsesiva* de estar buscando continuamente algún cuarto de baño cerca, dado el miedo a la incontinencia fecal (Levenstein, 2002), o también practicando la limpieza (dada la alta frecuencia de diarrea). También es posible que las características de personalidad estén antes de los primeros síntomas intestinales e influyan en el proceso de ajuste a estos y en su manifestación. Sin embargo, todo esto son hipótesis que deberán ser investigadas en el futuro mediante estudios prospectivos.

Apoyo social y redes sociales

El apoyo social es un factor de gran importancia en el proceso de salud, por cuanto amortigua los efectos del estrés sobre el bienestar físico y psicológico. Se ha encontrado que los pacientes con EII tienen, en general, un reducido tamaño de la red social en comparación con los valores normativos o las personas sanas de la población (Sewitch et ál., 2001; Haller et ál., 2003). Estos autores hallaron que los miembros de la familia cerrada son usualmente los responsables de brindarle apoyo social al paciente con EII.

También resultan interesantes los estudios que se han hecho respecto a la relación del apoyo social con el estrés, la psicopatología y la gravedad de la enfermedad. Sewitch et ál. (2001) evaluaron el apoyo social, el estrés percibido, el malestar psicológico, los sucesos vitales recientes y la actividad de la enfermedad en 200 pacientes con EII de larga duración, y descubrieron que los niveles de estrés percibido y de psicopatología se relacionaban con el nivel de satisfacción con el apoyo social. De forma concreta, se pudo determinar que en pacientes con EII con moderados o altos niveles de estrés percibido, el hecho de tener una alta satisfacción con el apoyo social produjo la disminución del

nivel de psicopatología.

Del mismo modo, Haller et ál. (2003) llevaron a cabo una investigación en la cual evaluaron y compararon tres grupos: 35 pacientes con CU, 47 pacientes con EC y un grupo de control con personas sanas. A todos se les aplicó un cuestionario para investigar las redes sociales y el apoyo social. Así mismo, se recolectó información médica sobre la actividad de la enfermedad en los dos grupos de pacientes. Los resultados de este estudio mostraron más insatisfacción con el apoyo social recibido en los pacientes con enfermedad activa que en los pacientes con la enfermedad en remisión. Por consiguiente, un aspecto importante en la intervención psicosocial es favorecer el apoyo social sobre todo en la fase activa de la enfermedad.

Mecanismos psicobiológicos

Las investigaciones desarrolladas hasta el momento sugieren que el principal mecanismo fisiopatológico en las EII es una hiper-reactividad del sistema inmune (Sartor, 1995), el cual interacciona con las infecciones comensales del intestino y la vulnerabilidad genética (Hart & Kamm, 2002). En condiciones normales, el sistema inmune intestinal se autorregula y reconoce el ambiente microbiótico del intestino. Esta homeostasis local se altera en las EII principalmente por la hiperactivación de las células T colaboradoras (Th1) con una abundante secreción de interferón-gamma, del factor de necrosis tumoral (TNF) y la producción de anticuerpos IgG contra bacterias comensales (Brandtzaeg, 2001). Este último autor muestra evidencia de cómo la inhibición del TNF tiene un importante efecto beneficioso en la EC, lo cual sugiere un rol central de este factor en tal enfermedad.

El estrés puede llevar a una desregulación del sistema inmune (tanto en el orden de la supresión como de la estimulación), haciendo vulnerable al organismo frente a los efectos patógenos de las infecciones (Kemeny & Gruenewald, 1999). Por ello, se ha planteado que el principal mecanismo relacionando relación entre los factores psicológicos y las EII es mediante procesos psiconeuroinmunológicos (Levenstein, 2002) que implican la actividad del sistema nervioso central.

Otro mecanismo fisiopatológico asociado a las EII es el aumento de la permeabilidad de la mucosa intestinal ante agentes proinflamatorios (Jorgensen *et ál.*, 2001), debido a alteraciones de la barrera de esta mucosa. Esto facilita el acceso de moléculas y/o toxinas que inducen en las personas predispuestas una respuesta inmune no regulada. Los principales agentes que pueden penetrar la barrera de la mucosa intestinal son las bacterias luminales, como las bacterias anaerobias y sus productos (polímeros de peptidoglicano, lipolisacáridos y endotoxinas). Se ha aportado evidencia a partir de modelos animales de que el estrés se asocia a cambios en la apariencia de la mucosa intestinal y en su fisiología (Hart & Kamm, 2002).

La evidencia indica que el estrés puede incrementar la permeabilidad del intestino (Soderholm y Perdue, 2001), facilitando que los antígenos luminales (bacterias, toxinas, etcétera) accedan al epitelio intestinal, causando de esta forma inflamación (Hart & Kamm, 2002). Respecto a esto, Santos *et ál.* (2001) hallaron que el estrés crónico incrementó de manera significativa el flujo macromolecular y causó hinchazón mitocondrial epitelial en un grupo de ratas, en comparación con un grupo de ratas de control que no estuvieron sometidas a estrés. El incremento en la permeabilidad del epitelio permaneció por 72 horas, después de la cesación del estrés. Así mismo, el estrés incrementó el número de *células cebadas* de la mucosa intestinal de las ratas y la proporción de células que mostraron signos de activación.

Es factible que en los seres humanos el estrés induzca tales alteraciones intestinales a través del eje hipofiso-suprarrenal, mediante la mediación de hormonas tales como la hormona corticotropina (CRH, *corticotropin releasing factor*), la cual se ha encontrado en el tracto intestinal de las personas con CU (Kawahito *et ál.*, 1995). Por consiguiente, es posible que el estrés, mediante la mediación hormonal, genere alteraciones en la fisiología intestinal, causando defectos en la barrera epitelial y daños mitocondriales en el epitelio, en paralelo con la hiperplasia y la activación de las *células cebadas* de la mucosa.

Respecto a la transmisión hereditaria de las EII, Alstead (2002) indica que hay un mayor riesgo de

desarrollo de EII en familias de pacientes afectados. El riesgo es mayor en la EC que en la CU y se da particularmente en familias judías. El niño con un progenitor con EII tiene a lo largo de la vida un riesgo de padecer EII del 10,5% y de EC del 7,5%. Si ambos progenitores están afectados, el riesgo de transmisión se estima en un 35%. La importancia de la vulnerabilidad genética se ve reflejada en el hecho de que el factor de riesgo más fuerte para la EC es tener un pariente con la enfermedad. Esto es apoyado por estudios de concordancia entre pares de gemelos y hermanos (Satsangi *et ál.*, 1998).

Conclusiones

El presente análisis de factores psicológicos en las EII muestra importantes estudios que aportan evidencia sobre la implicación de factores psicopatológicos en varios ámbitos de esta enfermedad física. En primer lugar, los factores psicopatológicos contribuyen a afectar la calidad de vida de las personas que la tienen, debido a que están en la base de la alteración del bienestar psicológico, uno de los principales componentes de esta dimensión; en segundo lugar, están implicados en la inducción de períodos de actividad y en la exacerbación de los síntomas en un grupo de pacientes, aunque no en todos. Esto hace que sea necesario que los profesionales de la psicología clínica y de la salud intervengan en este grupo de pacientes con asesoría, evaluación e intervención psicológica para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y tener así un mejor pronóstico.

Los factores psicopatológicos implicados en las EII son diversos. En primer lugar está el estrés psicosocial con sucesos vitales objetivos y percibidos, y otros cotidianos, así como el empleo de estrategias de afrontamiento inadecuadas para la situación, como el caso del afrontamiento pasivo-emocional hallado en un estudio. Es factible que en muchos casos el impacto de los factores psicológicos en la calidad de vida y en el curso de las EII se deba a procesos de afrontamiento no adecuados a la situación, pero este tema debe ser investigado con más detalle, ya que la evidencia es escasa al respecto.

En lo que tiene que ver con los síntomas psi-

cológicos, como la ansiedad y la depresión, hay suficiente evidencia de que están presentes en un número significativo de pacientes, y se relacionan con la afectación directa de la calidad de vida. Además, cada vez hay más estudios que evidencian que tales síntomas influyen en las recaídas, lo cual debe ser contrastado en nuevos estudios. Si bien los síntomas psicológicos cambian con el transcurso de la enfermedad, hay algunos estudios que sugieren que ciertas características de perso-

nalidad relacionadas con las EII no cambian con el curso de la enfermedad y esto podría ser evidencia de la implicación causal de dichos factores en su curso, como lo sugieren algunos estudios respecto a la alexitimia y el afecto negativo. Por último, hay evidencia creciente sobre la implicación del apoyo social en las EII, pero los estudios todavía son escasos al respecto. Este tema, como también el de los mecanismos psicofisiológicos implicados en las EII debe seguir siendo investigado.

Referencias

- Addolorato, G., Capristo, E., Stefanini, G. F. & Gasbarrini, G. (1997). Inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32, 1013-1021.
- Addolorato, G., Stefanini, G. F., Capristo, E., Caputo, F., Gasbarrini, A. & Gasbarrini G. (1996). Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality "trait" or a reactive illness? *Hepatology*, 43, 1513-1517.
- Akobeng, A. K., Miller, V., Firth, D., Suresh-Babu, M. V., Mir, P. & Thomas, A. G. (1999). Quality of life of parents and siblings of children with inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 28, S40-42.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York: W.W. Norton.
- Alstead, E.M. (2002). Inflammatory bowel disease in pregnancy. *Postgraduate Medical Journal*, 78, 23-26.
- Andrews, H., Barczak, P. & Allan, R. N. (1987). *Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease*. *Gut*, 28, 1600-1604.
- Barrett, S.M., Standen, P.J., Lee, A. S., Hawkey, C.J. & Logan, R. F. (1996). Personality, smoking and inflammatory bowel disease. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 8, 651-655.
- Brandtzaeg, P. (2001). Inflammatory bowel disease: clinics and pathology. Do inflammatory bowel disease and periodontal disease have similar immunopathogeneses? *Acta Odontologica Scandinavica*, 59, 235-243.
- Buller, H.A. (1997). Problems in diagnosis of IBD in children. *The Netherlands Journal of Medicine*, 50, S8-11.
- Carlsson, E., Bosaeus, I. & Nordgren, S. (2003). What concerns subjects with inflammatory bowel disease and an ileostomy? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38, 978-984.
- Casati, J., Toner, B.B., de Rooy, E. C., Drossman, D. A. & Maunder, R. G. (2000). Concerns of patients with inflammatory bowel disease: a review of emerging themes. *Digestive Diseases and Sciences*, 5, 26-31.
- Casati, J. & Toner, B.B. (2000). Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 54, 388-393.
- Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X., Vilaseca, J. & Malagelada, J. R. (2000). Impact of surgery for Crohn's disease on health-related quality of life. *The American Journal of Gastroenterology*, 95, 177-182.
- Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X., Vilaseca, J. & Malagelada, J. R. (2001). Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 13, 567-572.
- Cella, J., López, J., Gomollón, F. & Sáinz, R. (1995). Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Aragón: un diagnóstico cada vez más frecuente. *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo*, 87, 363-367.
- Clouse, R.E., y Alpers, D. H. (1986). The relationship of psychiatric disorder to gastrointestinal illness. *Annual Review of Medicine*, 37, 283-295.
- Crane, C. & Martin, M. (2004). Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *General Hospital Psychiatry*, 26, 50-58.
- Cuntz, U., Welt, J., Ruppert, E. & Zillessen, E. (1999). [Determinación de la carga subjetiva de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica y de sus consecuencias psicosociales. Resultados de un estudio de 200 pacientes]. Determinanten der subjektiven Belastung durch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und ihre psychosozialen Folgen. Ergebnisse einer Studie bei 200 Patienten [Artículo en Alemán]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 494-500.
- Daniels, G. E. (1944). Nonspecific ulcerative colitis as a psychosomatic disease. *The Medical Clinics of North America*, 28, 593-602.

- Desir, B. & Seidman, E.G. (2003). Transitioning the paediatric IBD patient to adult care. *Best practice & Research. Clinical Gastroenterology*, 17, 197-212.
- Drossman, D.A., Leserman, J., Li, Z., Mitchell, C. M., Zagami, E.A. & Patrick, D. L. (1991). The rating form of IBD patient concerns: a new measure of health status. *Psychosomatic Medicine*, 53, 701-712.
- Dudley-Brown, S. (2002). Prevention of psychological distress in persons with inflammatory bowel disease. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 403-422.
- Duffy, L.C., Zielezny, M.A., Marshall, J. R., Byers, T.E., Weiser, M. M., Phillips, J. F., Calkins, B. M., Ogra, P. L. & Graham, S. (1991). Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behavioral Medicine*, 17, 101-110.
- Engstrom, I. (1999). Inflammatory bowel disease in children and adolescents: mental health and family functioning. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 28, S28-33.
- Fava, G.A. & Pavan, L. (1976-1977). Large bowel disorders. II. Psychopathology and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27, 100-105.
- Freyberger, H., Kunsebeck, H. W., Lempa, W., Wellmann, W., y Avenarius, H.J. (1985). Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients. With special regard to ulcerative colitis and Crohn patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 72-81.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J.E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L. & Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1171-1178.
- Garrett, V. D., Brantley, P. J., Jones, G.N. & McKnight, G. T. (1991). The relation between daily stress and Crohn's disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 87-96.
- Gerson, M. J., Schonholtz, J., Grega, C. H. & Barr, D.R. (1998). The importance of the family context in inflammatory bowel disease. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, 65, 398-403.
- Gower, C., Salomez, J. L., Dupas, J. L., Marti, R., Nuttens, M. C., Votte, A., et al. (1994). Incidence of inflammatory bowel disease in northern France (1988-90). *Gut*, 35, 1433-1438.
- Greene, B. R., Blanchard, E. B. & Wan, C. K. (1994). Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 217-226.
- Guassora, A. D., Kruuse, C., Thomsen, O.O. & Binder, V. (2000). Quality of life study in a regional group of patients with Crohn disease. A structured interview study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 35, 1068-1074.
- Haller, C., Kemmler, G., Judmair, G., Rathner, G., Kinzl, H., Richter, R. & Gunther, V. (2003). [Red social y apoyo social en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal crónica]. Soziales netzwerk und soziale unterstutzung bei patienten mit chronisch entzündlicher darmerkrankung [Artículo en Alemán]. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 36-48.
- Hart, A. & Kamm, M. A. (2002). Mechanisms of initiation and perpetuation of gut inflammation by stress. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16, 2017-2028.
- Hinojosa, J., Primo, J., Lledó, S., López, A., Roig, J.V. & Fernández, J. (1990). Incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en Sagunto. *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo*, 78, 283-287.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jorgensen, J., Ranlov, P. J., Bjerrum, P. J., Diemer, H., Bisgaard, K. & Elsborg, L. (2001). Is an increased intestinal permeability a valid predictor of relapse in Crohn disease? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36, 521-527.
- Kane, S. (2002). Gender issues in the management of inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 47, 136-142.

- Kawahito, Y., Sano, H., Mukai, S., Asai, K., Kimura, S., Yamamura, Y., Kato, H., Chrousos, G. P., Wilder, R. L. & Kondo, M. (1995). Corticotropin releasing hormone in colonic mucosa in patients with ulcerative colitis. *Gut*, 37, 544-551.
- Kemeny, M. E. & Gruenewald, T.L. (1999). Psychoneuroimmunology update. *Seminars in Gastrointestinal Disease*, 10, 20-29.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C. & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 19-32.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Berto, E., Andreoli, A. & Luzi, C. (1994). Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. *The American Journal of Gastroenterology*, 89, 1219-1225.
- Levenstein, S. (2002). Psychosocial factors in peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 739-750.
- Li, J., Norgard, B., Precht, D. H. & Olsen, J. (2004). Psychological stress and inflammatory bowel disease: A follow-up study in parents who lost a child in Denmark. *The American Journal of Gastroenterology*, 99, 1129-1133.
- Lopez-Vivancos, J., Casellas, F., Badia, X., Vilaseca, J. & Malagelada, J.R. (1999). Validation of the spanish version of the inflammatory bowel disease questionnaire on ulcerative colitis and Crohn's disease. *Digestion*, 60, 274-280.
- Loudon, C.P., Corroll, V., Butcher, J., Rawsthorne, P. & Bernstein, C.N. (1999). The effects of physical exercise on patients with Crohn's disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 94, 697-703.
- Love, J.R., Irvine, E.J. & Fedorak, R.N. (1992). Quality of life in inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 14, 15-19.
- MacPhee, M., Hoffenberg, E. J. & Feranchak, A. (1998). Quality-of-life factors in adolescent inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 4, 6-11.
- Magni, G., Bernasconi, G., Mauro, P., D'Odorico, A., Sturniolo, G.C., Canton, G., y Martin, A. (1991). Psychiatric diagnoses in ulcerative colitis. A controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 158, 413-415.
- Manousos, O. N., Koutroubakis, I., Potamianos, S., Roussomoustakaki, M., Gourtsoyiannis, N. & Vlachonikolis, I.G. (1996). A prospective epidemiologic study of Crohn's disease in Heraklion, Crete. Incidence over a 5-year period. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 31, 599-603.
- Maté, J., Muñoz, S., Vicent, D. & Pajares, J. M. (1994). Incidence and prevalence of ulcerative colitis and Crohn's disease in urban and rural areas of Spain from 1981 to 1988. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 18, 27-31.
- Maunder, R. G., de Rooy, E. C., Toner, B. B., Greenberg, G. R., Steinhart, A. H., McLeod, R.S. & Cohen, Z. (1997). Health-related concerns of people who receive psychological support for inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 11, 681-685.
- Maunder, R. G. & Esplen, M. J. (2001). Supportive-expressive group psychotherapy for persons with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 622-626.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Martínez Roca.
- Milne, B., Joachim, G. & Niedhardt, J. (1986). A stress management programme for inflammatory bowel disease patients. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 561-567.
- Minderhoud, I. M., Oldenburg, B., Wismeijer, J. A., van Berge Henegouwen, G.P. & Smout, A.J. (2004). IBS-like symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission; relationships with quality of life and coping behavior. *Digestive Diseases and Sciences*, 49, 469-474.
- Mittermaier, C., Dejaco, C., Waldhoer, T., Oefflerbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., Tillinger, W., Gangl, A. & Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 79-84.

- Monferrer, R., Martín, J.A., Pedraza, R.G., Moreno, I., Soler, E. & Hinojosa, J. (1999). Incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en el Área de salud 02 de Castellón (1992-1996). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 91, 33-39.
- Moskovitz, D. N., Maunder, R. G., Cohen, Z., McLeod, R. S. & MacRae, H. (2000). Coping behavior and social support contribute independently to quality of life after surgery for inflammatory bowel disease. *Diseases of the Colon and Rectum*, 43, 517-521.
- Mussell, M., Bocker, U., Nagel, N., Olbrich, R. & Singer, M.V. (2003). Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38, 755-762.
- Nordin, K., Pahlman, L., Larsson, K., Sundberg-Hjelm, M. & Loof, L. (2002). Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 37, 450-457.
- North, C. S., Alpers, D. H., Helzer, J.E., Spitznagel, E. L. & Clouse, R.E. (1991). Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. *Annals of Internal Medicine*, 114, 381-386.
- Okabe, N. (2001). *The pathogenesis of Crohn's disease*. *Digestion*, 63, 52-59.
- Ondersma, S. J., Lumley, M. A., Corlis, M. E., Tojek, T. M. & Tolia, V. (1997). Adolescents with inflammatory bowel disease: the roles of negative affectivity and hostility in subjective versus objective health. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 723-738.
- Pace, F., Molteni, P., Bollani, S., Sarzi-Puttini, P., Stockbrugger, R., Porro, G.B. & Drossman, D. A. (2003). Inflammatory bowel disease versus irritable bowel syndrome: a hospital-based, case-control study of disease impact on quality of life. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38, 1031-1038.
- Pallis, A. G. & Mouzas, I. A. (2000). Instruments for quality of life assessment in patients with inflammatory bowel disease. *Digestive and Liver Disease*, 32, 682-688.
- Pearson, C. (2004). Inflammatory bowel disease. *Nursing Times*, 100, 86-90.
- Persson, P. G., Bernel, O. & Leijonmarck, C.E. (1996). Survival and cause-specific mortality in inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology*, 110, 1339-1345.
- Petrak, F., Hardt, J., Clement, T., Borner, N., Egle, U.T. & Hoffmann, S.O. (2001). Impaired health-related quality of life in inflammatory bowel diseases: psychosocial impact and coping styles in a national German sample. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36, 375-382.
- Porcelli, P., Leoci, C. & Guerra, V. (1996a). A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 31, 792-796.
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G.J. & Bagby, R. M. (1996b). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 569-573.
- Porcelli, P., Taylor, G. J., Bagby, R. M. & De Carne, M. (1999). Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 263-269.
- Rayhorn, N. (2001). Treatment of inflammatory bowel disease in the adolescent. *Journal of Infusion Nursing*, 24, 255-262.
- Riley, S. A., Mani, V., Goodman, M. J. & Lucas, S. (1990). Why do patients with ulcerative colitis relapse? *Gut*, 31, 179-183.
- Robertson, D. A., Ray, J., Diamond, I. & Edwards, J. G. (1989). Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 30, 623-626.
- Sandín, B. (1995). Estrés. En: Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (eds.), *Manual de Psicopatología Vol. II* (pp.3-52). Madrid: McGraw-Hill.

- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Santos, J., Yang, P. C., Soderholm, J. D., Benjamin, M. & Perdue, M.H. (2001). Role of mast cells in chronic stress induced colonic epithelial barrier dysfunction in the rat. *Gut*, 48, 630-636.
- Saro, C., Riestra, S., Sánchez, R., Milla, A., Lacort, M., Argüelles, G., Chobak, Z., Florido, J. I., Antón, J.L., Altadill, A., Vizoso, F., Pineda, E., Fernández De Ocariz, E., Albert, J., García, J., López, L. & Lombraña, J.L.S. (2003). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica en cinco áreas de Asturias. España. *Anales de Medicina Interna*, 20, 232-238.
- Sartor, R.B. (1995). Current concepts of the etiology and pathogenesis of ulcerative colitis and Crohn's disease. *Gastroenterology Clinics of North America*, 24, 475-507.
- Satsangi, J., Parkes, M., Jewell, D. P. & Bell, J. I. (1998). Genetics of inflammatory bowel disease. *Clinical Science*, 94, 473-478.
- Schwarz, S. P. & Blanchard, E.B. (1991). Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 167-177.
- Sewitch, M. J., Abrahamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G. E., Cohen, A., Katz, S., Szego, P. L. & Dobkin, P.L. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 96, 1470-1479.
- Shaw, L. & Ehrlich, A. (1987). Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain*, 29, 287-293.
- Simren, M., Axelsson, J., Gillberg, R., Abrahamsson, H., Svedlund, J. & Bjornsson, E. S. (2002). Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *The American Journal of Gastroenterology*, 97, 389-396.
- Smith, G.D., Watson, R., Roger, D., McRorie, E., Hurst, N., Luman, W. & Palmer, K.R. (2002). Impact of a nurse-led counselling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 152-160.
- Smolen, D.M. & Topp, R. (1998). Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being. *Gastroenterology Nursing*, 21, 112-128.
- Soderholm, J.D. & Perdue, M. H. (2001). Stress and gastrointestinal tract. II. Stress and intestinal barrier function. *American Journal of Physiology Gastrointestinal and Liver Physiology*, 280, G7-G13.
- Solá, R., García, A. M., Monés, J., Badosa, C., Badosa, J. & Casellas, F. (1992). Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal en Cataluña (Barcelona y Gerona). *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo*, 81, 7-14.
- Spanish Epidemiological and Economic Study Group on Crohn's disease. (1999). Epidemiological and clinical features of Spanish patients. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 11, 1121-1127.
- Tarter, R.E., Switala, J., Carra, J., Edwards, K. L. & Van Thiel, D. H. (1987). Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17, 173-181.
- Thomas, C., Turner, P. & Madden, F. (1988). Coping and the outcome of stoma surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 457-467.
- Tobón, S., Sandín, B. & Vinaccia, S. (2005). *Trastornos gastrointestinales*. Madrid: Klinik.
- Velin, A.K., Ericson, A. C., Braaf, Y., Wallon, C. & Soderholm, J. D. (2004). Increased antigen and bacterial uptake in follicle associated epithelium induced by chronic psychological stress in rats. *Gut*, 53, 494-500.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M. C., Carillo, L., Quartas, J., Lopez, N. & Cano, E. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 14, 31-41.

- Walker, E. A., Gelfand, M. D., Gelfand, A. N., Creed, F. & Katon, W. J. (1996). The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. *General Hospital Psychiatry*, 18, 20-229.
- Whitehead, W. E. (1992). Behavioral medicine approaches to gastrointestinal disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 605-612.
- Whitehead, W. E. (2002). Patient subgroups in irritable bowel syndrome that can be defined by symptom evaluation and physical examination. *The American Journal of Medicine*, 10, 33-40.

Fecha de recepción: agosto de 2006
Fecha de aceptación: junio de 2007