

UNIVERSIDAD DE DEUSTO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
SECCIÓN PSICOLOGÍA

*LOS EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE
ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA*

Tesis doctoral presentada por D. Juan Francisco López Paz.
Dirigida por la Dra. Dña. Begoña Matellanes Febrero.

Directora
(firma)

Doctorando
(firma)

Bilbao, 1996

a José María y M^a Angeles,
a Luis Carlos y José Mari,
y a Lidia.

AGRADECIMIENTOS

Mi primera manifestación de agradecimiento va dirigida a la directora de esta tesis doctoral, Dra. Dña. Begoña Matellanes Febrero, por su continua e inestimable colaboración, apoyo y ánimo.

Igualmente, quiero expresar mi agradecimiento al Jefe de Departamento del Aparato Digestivo Dr. D. Victor Orive Cura por su talante personal y por la oportunidad que me ha proporcionado para desarrollar esta investigación en el Hospital de Galdácano, así como a todo su equipo médico y de enfermeras, en especial, al Dr. D. Antonio Bernal y Dr. D. José Cabriada por su ayuda desinteresada.

También, agradezco a los pacientes de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal su clara y patente disposición desde el primer momento.

Mi gratitud a los compañeros de Facultad, Departamento y despacho por su constante ánimo y solidaridad.

Finalmente, un significativo agradecimiento a mis padres, hermanos y amigos por su paciencia y aliento.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO 1: <u>INTRODUCCIÓN</u>	1
CAPÍTULO 2: <u>DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA</u>	
<u>INTESTINAL</u>	12
2.1.- <u>La enfermedad crónica</u>	13
2.2.- <u>La Enfermedad Inflamatoria Intestinal</u>	27
2.2.1.- <u>Características generales del paciente</u>	28
2.2.2.- <u>Características diferenciales : Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa</u>	32
2.3.- <u>Historia</u>	36
2.4.- <u>Epidemiología</u>	41
2.5.- <u>Factores determinantes</u>	46
2.5.1.- <u>Factores etiológicos</u>	48
2.5.1.1.- Factores genéticos	50
2.5.1.2.- Factores inmunológicos	51
2.5.1.3.- Factores infecciosos	54
2.5.1.4.- Otros factores etiológicos	56
2.5.2.- <u>Factores recurrentes</u>	58
2.5.3.- <u>Factores consecuentes</u>	62
2.5.4.- <u>Factores de adhesión al tratamiento</u>	72
2.5.5.- <u>Otros factores</u>	73

2.6.- <u>Anatomía patológica</u>	74
2.7.- <u>Cuadro clínico</u>	86
2.8.- <u>Diagnóstico</u>	98
2.8.1.- <u>Diagnóstico diferencial</u>	104
2.9.- <u>Complicaciones del cuadro clínico</u>	108
2.10.- <u>Medidas terapéuticas específicas</u>	111
2.10.1.- <u>Tratamiento farmacológico</u>	112
2.10.2.- <u>Tratamiento quirúrgico</u>	122
2.11.- <u>Resumen</u>	124
 CAPÍTULO 3: <u>POSICIONAMIENTO ANTE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA</u>	126
3.1.- <u>Evolución general de principales concepciones en relación a</u> <u>la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</u>	127
3.1.1.- <u>Perspectiva psicosomática</u>	131
3.1.2.- <u>Perspectiva puramente fisiológica</u>	135
3.1.3.- <u>Perspectiva etiológica multifactorial</u>	140
3.1.4.- <u>Perspectiva indeterminada</u>	145
3.2.- <u>Resumen</u>	150

CAPÍTULO 4 : <u>EMOCIÓN Y MOTIVACION</u>	150
4.1.- <u>Emoción</u>	153
4.1.1.- <u>Conceptualización</u>	153
4.1.2.- <u>Respuestas emocionales de ansiedad y temor en</u> <u>los sujetos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal</u>	157
4.1.2.1.- <u>La respuesta emocional de ansiedad</u>	157
4.1.2.2.- <u>El miedo como emoción</u>	167
4.1.3.- <u>Sistema de respuesta en la emoción</u>	172
4.2.- <u>La motivación</u>	185
4.2.1.- <u>Conceptualización</u>	185
4.2.2.- <u>La motivación de ejecución</u>	192
4.3.- <u>Resumen</u>	197
 CAPÍTULO 5: <u>MARCO TEORICO : ENFOQUE COGNITIVO - CONDUCTUAL</u>	 199
5.1.- <u>La Medicina Comportamental</u>	200
5.2.- <u>Enfoque Cognitivo - Conductual</u>	212
5.2.1.- <u>El enfermo crónico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal</u>	217
5.2.2.- <u>El terapeuta y la terapia como guía y apoyo</u>	228
5.3.- <u>La calidad de vida como objetivo primordial</u>	238
5.4.- <u>Hipótesis de investigación</u>	246

CAPÍTULO 1

1.- INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal es un término que engloba enfermedades crónicas, como la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn, de etiología desconocida y curso crónico impredecible.

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, H., Korber, J. y Freyberger, H., 1990).

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).

Introducción

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.

Tanto desde el punto de vista médico como psicológico, los profesionales debemos unir nuestros esfuerzos y coordinarnos 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. y cols., 1990).

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.

Los primeros informes de implicación de psicólogos (por ejemplo, McAllister y Phillip, 1975; Johnson, 1979) son ampliamente descritos, centrándose en el tipo de problema (principalmente ansiedad, depresión, problemas

interpersonales y trastornos de hábito) y el tipo de intervenciones (fundamentalmente terapia individual). En posteriores estudios (Ives, 1979; Koch, 1979; Jerrom y cols., 1982) se piensa básicamente de forma similar intentando evaluar el impacto de la intervención psicológica en el enfermo. La evaluación normalmente implica niveles psicológicos de mejora combinado, a menudo, con medidas antes y después de la intervención de niveles de consulta y prescripción (Garret, V., Brantley, P., Jones, G. y Tipton, G., 1991; Brantley, P. y Jones, G., 1993).

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 cols., 1991; Gerson, M., Greca, C. y Nathan-Virga, S., 1993).

En el caso de esta investigación, pretendo estudiar la influencia del entrenamiento en relajación sobre una serie de variables (análisis de sangre, motivación, ansiedad, clima familiar, clima laboral) en sujetos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

No propongo un tratamiento alternativo a los tratamientos médicos sino un tipo de tratamiento psicológico complementario a los mismos. Y, todo ello, de cara a la consecución de una mayor calidad de vida en estos enfermos.

En definitiva, en este estudio mantengo un acercamiento cognitivo-conductual desde la óptica de la Medicina Comportamental, enriqueciendo la aproximación biomédica tradicional al tratamiento de problemas de salud, en este caso, de carácter crónico.

Desde el punto de vista de la Medicina Comportamental y la Psicología General, se consideran los procesos cognitivos como fundamentales en los comportamientos de las personas ante la enfermedad. Es decir, el enfermo no está pasivo ante la enfermedad, es un ser activo que selecciona la información que recibe, y elabora significados personales en virtud de un sistema de creencias, escalas de valores, y con todo ello, construye su experiencia subjetiva de estar enfermo (Wietersheim, J., Köhler, T. y Feiereis, H., 1992).

No olvidemos que la respuesta a la enfermedad está no en función de la situación, sino de la evaluación que se haga de ella y de las expectativas que se tengan de sí mismo. Recordemos que Bandura (1977) identifica un importante proceso cognitivo: la expectativa de autoeficacia que ha resultado tener un marcado poder predictivo en numerosas situaciones.

Lo ideal es que el enfermo pueda contribuir en sus consultas, no simplemente manifestando una serie de síntomas que desea que se consideren, sino presentando sus ideas acerca del diagnóstico, causa o tratamiento de su problema y comentando o buscando clarificación de la información, las instrucciones y/o el consejo ofrecido por los profesionales.

Se debe atender no sólo a aspectos verbales sino también a aspectos no verbales de la comunicación, así como la comprensión de las variables psicológicas y de las variables social, cultural y situacional que facilitan o impiden el proceso de comunicación.

Es fundamental la comunicación, en este caso, entre el enfermo y el psicólogo. El enfermo debe tener claro

desde el primer momento a qué preguntas va a contestar, qué fin tiene todo ello, en qué consiste el entrenamiento y su meta, en definitiva, todo aquello que le permita ser y mostrarse como agente activo colaborador.

"El efecto psicológico de una enfermedad en un paciente y, de este modo, en el curso de la enfermedad es una importante consideración en el efectivo cuidado médico" (Sweet, Rozensky y Tovian, 1991, p.193).

En los estudios realizados sobre reacciones del enfermo al cuidado de salud, se atiende entre otros aspectos a sus quejas; las más frecuentes son aquellas relacionadas con aspectos de comunicación referidas a distintos departamentos (médico, quirúrgico, oncológico). En muchos de estos estudios como el dirigido por Korsch y Negrete (1972) se destaca que el enfermo se queja de la insuficiente información aportada sobre su condición y tratamiento.

Y, no se puede obviar tampoco que la situación personal del enfermo esté necesariamente enclavada en un contexto social, un específico contexto psicosocial.

Por consiguiente, hay aspectos tanto internos como externos a la persona que posiblemente puedan repercutir en su enfermedad (Brownell, K., 1984).

En el caso de la mayoría de las enfermedades crónicas, el enfermo puede a menudo esperar solamente una mejoría de los síntomas, o una demora del inevitable resultado fatal, más que la cura y un retorno de funcionamiento saludable. En estos casos, los pequeños beneficios derivados de la adhesión pueden no justificar los grandes costos de inconveniencia e incomodidad. A causa, incluso, de la total adhesión no se pueden garantizar el alivio de síntomas o la recuperación de su enfermedad, muchos de ellos deben decidir cómo equilibrar su estado de salud con sus necesidades personales, para alcanzar un funcionamiento psicológico y comportamental cercano a la normalidad para sí mismo y sus familiares.

Los profesionales y los enfermos debemos establecer un marco de mutua colaboración y coparticipación fomentando el papel activo en el propio paciente.

Ulmer (1980) recomienda el establecimiento de un equipo de confianza y un especialista para tratar el tema de conformidad (adhesión) en enfermos, particularmente, de carácter crónico.

Al igual que en el caso del médico, como decía Stone (1979):

"El psicólogo debería tener un cierto conocimiento de diferentes aspectos de las enfermedades de sus pacientes" (op.cit., p.104).

Su papel y vivencia como persona que padece una enfermedad no acaba o se limita a la consulta de un hospital, es decir, parámetros específicos de un análisis de sangre, sintomatología que pueda manifestar, terapia individual aconsejable. Debemos tener presente el marco social, por un lado, sabiendo que son enfermedades poco conocidas, sobre todo, la Enfermedad de Crohn y, por otro lado, están referidas a cuestiones que, en principio, para los demás no suelen resultar agradables, aunque lógicamente tampoco para el que lo padece.

Además, en general, al presentar síntomas, en muchos casos, no visibles, llega a ser difícil entender una sintomatología que, normalmente, no presenta una causa clara y puntual. Es un enfermo que necesita mucho de la comprensión y apoyo de los demás (amigos, compañeros de trabajo y, muy especialmente, de sus familiares).

Como decía Litman (1974):

"La familia es la unidad básica del cuidado de salud" (op. cit., p.502).

En estas situaciones, la familia en los primeros momentos intentará responder a la enfermedad como ha respondido a otras crisis en el pasado. Entiende la enfermedad como algo pasajero y circunstancial, lo cual dificulta que el enfermo asuma su realidad y actúe en consecuencia (Gerson, M., Grega, C. y Nathan-Virga, S., op.cit.).

Introducción

Pero, a veces, la propia conformidad del enfermo puede amenazar también la homeostasis de la familia. Hay que tener presente que cambiar la estructura familiar para aumentar la conformidad no siempre es deseable o necesario, particularmente si los miembros a menudo resuelven conflictos desde fuera de la familia (Reiss, D. y Oliveri, M., 1991).

Este enfermo crónico puede ir buscando una autonomía personal fuera del ámbito familiar al comprobar que, como gran parte de las personas, no llegan a comprender su enfermedad e, indefectiblemente, ello conduce a una sobreprotección y continúa preocupación por todo aquello que él manifiesta (física, psíquica y socialmente).

En definitiva, está buscando un aumento en su calidad de vida quebrada en el momento en que es diagnosticado y señalado con un término socialmente desconocido, a la vez que desconcertante para su futuro. Esta realidad va siendo más clara y patente conforme aumenta el tiempo de evolución del enfermo (Kunsebeck, H., Körber, J. y Freyberger, H., op.cit.).

CAPÍTULO 2

2.- DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La descripción de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal contempla aspectos fundamentales como la historia, epidemiología, factores determinantes, anatomía patológica, cuadro clínico, y otros más, que nos ayudan a acercarnos a la realidad de la misma.

2.1.- La enfermedad crónica

Un problema médico crónico es aquel en el que esperamos encontrar una variable (cambiante), progresiva, permanente, y alguna condición irreversible marcada por episodios de recurrencia de sintomatología de la enfermedad así como una pérdida de funcionamiento (Gil Roales-Nieto, J. y Ayllon, T., 1991).

En la 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, 1983).

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

Históricamente, una de las definiciones ampliamente aceptada es la ofrecida por la Comisión de Enfermedad Crónica en 1957 (Schraml, 1975). Esta definición abarca todos los deterioros (daños) o desviaciones de lo normal que contienen, al menos, una de las siguientes características:

- La permanencia;
- El resultado de una incapacidad residual;
- Ser causada por un cambio patológico no reversible, principalmente, en un sistema corporal;
- Requerir especial entrenamiento del enfermo para la rehabilitación;
- Necesitar un largo periodo de supervisión, observación o cuidado.

La persona crónicamente enferma, una vez diagnosticada, probablemente nunca volverá a alcanzar los niveles completos de salud y participación con que habían contado hasta entonces. Únicamente, unos pocos afortunados gozan de largos periodos de remisión sobre el curso de su enfermedad. Y, la gran mayoría se enfrenta con el continuo desafío de pérdida de función, dolor episódico, crecientes costes e inconveniencia del tratamiento médico a largo plazo, así como el constante temor de que lleguen a presentarse problemas médicos (alteraciones) más serios mientras su enfermedad progresa.

En esta progresiva y cambiante naturaleza de la enfermedad crónica, este sujeto no se enfrenta simplemente a una crisis en el momento del diagnóstico, sino que posiblemente tendrá que contar con una serie de crisis a lo largo del curso de la misma.

Pero, no sólo cambia la naturaleza de la enfermedad a lo largo del tiempo también, y de forma notable, la propia persona.

Parece estar confirmado que después de un número de años de evolución de la enfermedad este paciente

presenta, por término medio, características de personalidad similares a aquéllos con enfermedades psicosomáticas, neurosis y otras de tipo crónico (Whybrow y Ferrell, 1973).

Sobre el 30 por ciento de las personas con Enfermedad Inflamatoria Intestinal muestran significativa alteración emocional con síntomas afectivos predominando, especialmente, ansiedad y depresión (Helzer, Chammas y Norland, 1984). Resultados similares se precisan sobre la prevalencia de estos síntomas en otras enfermedades médicas crónicas (Cassileth, Lusk y Strouse, 1984).

Pero también, en otros estudios como el realizado por Helzer y cols. con sujetos que presentan enfermedad médica crónica (1984), de origen no gastrointestinal en paralelo a la Enfermedad de Crohn, no se encuentra asociación entre la actividad de la Enfermedad de Crohn y la existencia de alguna alteración emocional diagnosticable.

En cualquier caso, los ajustes a la enfermedad crónica deben ser hechos a medida que, en cada periodo de vida o cambio en el ambiente, surgen nuevas demandas. Más que entender el criterio de ajuste a esta enfermedad como conseguido o no en términos absolutos, resulta más acertado,

sin duda, reconocer que la persona crónicamente enferma está constantemente en proceso de ajuste que nunca llega a completarse.

Athelstan (1981) y Livneh y Evans (1984) sugieren que las respuestas del individuo están a menudo unidas a un escenario particular de ajuste a su enfermedad; de tal forma que ciertas reacciones emocionales surgen previsiblemente en determinadas situaciones. En los inicios de la enfermedad, estos escenarios pueden ser caracterizados como de:

- Shock: tras el diagnóstico inicial el sujeto puede entrar en un periodo de "insensibilidad psíquica" en la que presenta simplemente respuestas emocionales apagadas (calladas) a estímulos externos. Solamente sentimientos o respuestas mínimas son posibles durante este periodo de respuesta inicial.

- Comprensión: el enfermo gradualmente comienza a tomar conciencia de la realidad de su situación y la seriedad de sus consecuencias. Puede comenzar a experimentar fuertes sentimientos de ansiedad y temor fundamentado en la posibilidad de muerte, pérdida permanente de función y cambios impredecibles.

- Negación: el paciente no admite lo que le está sucediendo, incluso puede mostrarse convencido de que se recobrará completamente. Este tipo de retiro defensivo (retraimiento defensivo) de la realidad es uno de los significados de estar alerta contra el temor de lesión permanente. La persona, en efecto, "simplemente" rechaza aceptar la existencia o seriedad de la situación.

- Lamentación: el individuo viene a admitir el significado completo de su condición y cómo le impactará el funcionamiento. Con esta nueva toma de conciencia también viene a necesitar llorar la pérdida de salud completa. La persona puede presentar signos de depresión, furia, irritabilidad y frustración. Pueden manifestarse, también, cambios conductuales como la pérdida de apetito, trastornos del sueño, apatía.

- Adaptación: este periodo, también referido a la fase de aceptación, está marcado por la incrementada habilidad del sujeto para trabajar a través de cualesquiera reacciones emocionales a su enfermedad, una aceptación realista de limitaciones, y habilidad para mirar hacia el futuro.

Como anotaba Parets (1967), este curso de ajuste a la enfermedad crónica también puede venir acentuado por un número de temores, reales o imaginados:

- Temor a la muerte (a morir): si el individuo conoce que no es inusual un resultado fatal en una particular enfermedad crónica, puede aparecer un continuo temor de muerte. Junto a este temor personal, el enfermo puede también mostrarse preocupado por las implicaciones de su muerte para su familia y amigos.

- Temor a la incapacitación: esta inhabilidad para proseguir las formas acostumbradas puede aparecer como muy real para la persona enferma crónicamente. Bajo este temor se halla la ansiedad derivada de un pensamiento basado en la posibilidad de llegar a ser dependiente de otros para la satisfacción de necesidades vitales diarias (cotidianas).

- Temor al dolor: aparece como miedo a la falta de integridad corporal. El individuo con una enfermedad crónica puede llegar a creer que el dolor será un problema continuo e irremitable para él. Las dudas pueden surgir en lo que se refiere a la capacidad de los profesionales para lograr alivio para su dolor.

- Temor al abandono: la persona afligida por una enfermedad crónica entiende que puede ser abandonada por su familia o amigos, especialmente si su dependencia sobre los otros llega a ser una carga demasiado grande.

- Temor de extender (transmitir) la enfermedad a otros: este temor es generalmente infundado como en la mayoría de las condiciones crónicas no contagiosas. Sin embargo, teniendo presente que muchas enfermedades crónicas tienen un componente hereditario asociado con su comienzo, el temor a que surjan descendientes con la misma es una preocupación realista.

La espontaneidad del individuo para adaptarse a nuevas situaciones y circunstancias modificadas será desafiante (reto) muchas veces sobre el curso de la enfermedad crónica, especialmente si las complicaciones médicas son subsiguientemente encontradas.

El enfermo que es atendido por una enfermedad crónica para la cual no hay tratamiento o terapia satisfactoria es fácilmente posible que llegue a estar

descontento y se muestre escéptico con el proceso terapéutico (Verhoef, M. y Sutherland, Ll., 1990).

Su estilo explicativo entendido como un modelo de interpretación causal, característico de los sujetos, puede ser una importante variable mediadora entre los sucesos ambientales y la actividad de su enfermedad, y entre cronicidad y adaptación psicoemocional a dicha enfermedad (Wood, B. y cols., 1987).

La forma en que una persona se ajusta al comienzo de una enfermedad crónica y su progresión está determinada por una variedad de factores. Safilios-Rothschild (1970) describe algunos de estos factores, entre otros:

- Personalidad preenfemiza: el impacto de la enfermedad crónica en el individuo parece estar relacionado con la existencia previa de ciertos rasgos de personalidad. La persona responde a nuevas situaciones o condiciones aprovechando sus mecanismos de afrontamiento previamente usados. Estos mecanismos pueden realzar la adaptación, el crecimiento personal o favorecer lo desadaptativo, destructivo. Esto último se puede considerar una reacción patológica a su enfermedad.

- Imagen corporal: este factor incluye la concepción de sí mismo sobre apariencia física, vigor, capacidad funcional, y resistencia, así como la percepción de su atractivo físico sobre otros. Todo individuo desarrolla también una concepción sobre lo que constituye un estado de normalidad física. La persona crónicamente enferma, especialmente si han experimentado alguna deformidad o una pérdida de capacidad física, puede necesitar reconsiderar y quizás modificar su imagen corporal a fin de que coincida con sus actuales autopercepciones.

- Experiencias previas con la enfermedad: esta perturbación toma significado de acuerdo con la experiencia previa del sujeto con la misma, aunque ésta no haya sido crónica.

- Actitudes de los cuidadores: la respuesta emocional de un paciente está, a menudo, configurada por las actitudes de otros, especialmente aquellos quienes están proporcionando alguna forma de cuidado para este sujeto. Entre estos otros significativos podrían incluir profesionales de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos), trabajadores del servicio

social, así como amigos, vecinos y miembros familiares que están percibiendo las necesidades diarias de este enfermo.

Otro factor muy importante en el ajuste global a la enfermedad crónica es el estrés. Muchos autores han dedicado un considerable esfuerzo para explorar la relación entre estrés y enfermedad crónica, especialmente tanto respecto al comienzo de la enfermedad como a los efectos a largo plazo. Y, concretamente, la importancia del estrés al estimular respuestas inflamatorias en una variedad de estados de enfermedad crónica ha resultado cada vez más evidente en los últimos años (Davenport, 1981; Goldberger y Breznitz, 1982; Raedler y cols., 1985).

Ben-Sira (1984), por ejemplo, puntualiza que los individuos más altamente estresados llegan con más facilidad a una experiencia deteriorante en su condición global.

Tanto la percepción de sucesos desagradables como la respuesta psicológica del individuo parecen estar estrechamente relacionadas con el comienzo y progresión de trastornos crónicos inflamatorios (Ader, 1981; Cooke, 1986).

Es consistente, a la vista de las últimas investigaciones (Dohenwend y Dohenwend, 1984; Duffy y cois., 1992; Brantley y Jones, op.cit.), que el estrés sea asociado a menudo con el comienzo de la enfermedad. Personas con una propensión hacia ciertas patologías son, frecuentemente, diagnosticadas tras un prolongado suceso estresante tal como divorcio o la muerte de un ser querido.

En suma, el estrés juega habitualmente un papel significativo en el curso de la enfermedad, a menudo perjudicando tanto la sintomatología y los resultados funcionales para el paciente. En efecto, las técnicas para reducir el estrés son ahora comúnmente incluidas en la mayoría de los programas de rehabilitación destinado a personas con enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas pueden afectar al individuo de muchas formas significativas a corto y largo plazo: autoconcepto, relaciones matrimoniales y familiares, conducta sexual, ajuste social, proyecto y ajuste profesional, actividades de ocio y recreativas, y planificación financiera.

En algunos sujetos, relativo a su ajuste profesional, la enfermedad crónica no tiene ninguna repercusión inmediata en la habilidad para desarrollar su trabajo efectivamente; para otros, sin embargo, el diagnóstico puede significar una modificación completa e inmediata de su vida laboral.

Se constata que la ansiedad sobre la perspectiva de promoción o logro de un mejor trabajo es uniforme a través de los grupos de enfermos crónicos (Gazzard, Price, Libby y Dawson, 1978).

La promoción en el trabajo, respecto a diversas enfermedades crónicas es el siguiente: epilepsia 21 por ciento, esclerosis múltiple 17 por ciento, enfermedad respiratoria obstructiva crónica 15 por ciento, hipertensión 11 por ciento, asma 9 por ciento, artritis 9 por ciento, Colitis Ulcerosa 8 por ciento, Enfermedad de Crohn 8 por ciento, Diabetes Mellitus 6 por ciento, y otras más (Moody, Probert, Jayanthi y Mayberry, 1992).

Por otra parte, algunos pacientes con este tipo de enfermedades parecen experimentar dificultades en las

interacciones sociales y en el mantenimiento del apoyo de amigos y colegas (ajuste social).

Así mismo, diversas actividades de ocio y recreativas pueden quedar limitadas o restringidas, por riesgo de lesión, o las debe realizar de forma discontinua.

Incluso, un tratamiento a largo plazo puede conllevar consecuencias financieras devastadoras para pacientes y sus familias.

Sugiere Wiley (1983) que el comienzo de una enfermedad crónica puede ser visto como una crisis desprogramada dentro de la estructura de la red familiar. La familia, como núcleo compuesto por personas, se mueve a través de una serie de crisis de desarrollo (por ejemplo, el nacimiento de un hijo) sobre el curso de su existencia.

Los miembros de la familia deben aprender a cuidar de sus propias necesidades así como de las necesidades del miembro crónicamente enfermo (Cassidy, 1986).

Aunque, sin duda, lo más importante es que el propio enfermo crónico aprenda cómo controlar sus síntomas y

cómo llevar regímenes médicos prescritos por sus doctores. Tiene que hacer especiales esfuerzos para prevenir el aislamiento social, o asimilar cómo vivir con menos amigos y actividades. Debe ilustrarse sobre su enfermedad y ajustarse a cambios en su curso. Tiene que esmerarse por normalizar tanto sus interacciones con otros como, en definitiva, su estilo de vida (Strauss, 1975).

2.2.- La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Este término (EII) es completamente inespecífico y se emplea para describir una serie de enfermedades que cursan con inflamación crónica del intestino de etiología y patogenia desconocidas. Una de ellas es la Enfermedad de Crohn, que puede afectar a cualquier tramo del tubo digestivo desde la boca hasta el ano; la otra enfermedad es la Colitis Ulcerosa, que únicamente afecta al colon (parcial o totalmente).

"La Enfermedad Inflamatoria Intestinal es el término general designado para enfermedades crónicas inflamatorias del tracto gastrointestinal de etiología desconocida y curso crónico impredecible" (Kirsner y Shorter, 1982, p.775).

2.2.1.- Características generales del paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

El hecho de agrupar estas enfermedades¹ bajo un nombre genérico no se debe a que su naturaleza o su fisiopatología sean comunes; al contrario, por regla general difieren una de otra en muchos aspectos como, por ejemplo, la localización anatómica, nivel de afección de la pared intestinal y tipo de reacción inflamatoria presente.

En cualquier caso, "es típico del curso inflamatorio crónico de esta enfermedad, tener al menos un episodio inflamatorio requiriendo tratamiento u hospitalización, incluyendo intervención quirúrgica, durante los siguientes seis meses de seguimiento" (Farmer, 1980, p.1109).

Esta enfermedad puede presentar complicaciones locales y sistémicas. Estas complicaciones incluyen desarrollo de fisuras (surcos superficiales), fístulas², segmentos estenosados (estrechados) del intestino, y

¹ Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

² conductos ulcerados y estrechos que se abren en la piel o membrana mucosa.

perforación, así como también lesiones en la piel y dolores articulares.

Incluso, en algunos estudios queda patente la creciente incidencia de carcinoma en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Petras, Mir-Madjlessi y Farmer, 1987; Collins, Feldman y Fordtran, 1987).

Pero, también, se deben considerar otros aspectos de esta enfermedad relativos a los ámbitos, concretamente, sociolaboral y afectivo.

En el estudio de Garret y Drossman (1990) se verifica que los síntomas primarios intestinales, síntomas sistémicos, como pueden ser los ya mencionados dolores articulares, y alteraciones emocionales, resultan comunes pero no están asociados con principales trastornos en el trabajo de estos pacientes o en sus vidas personales.

Muchos de estos pacientes, a tenor de lo reflejado en estos estudios (Rees, Mayberry y Calcraft, 1983; Wyke, Edwards y Allan, 1988; Godberg, 1989), revelan ansiedad sobre sus perspectivas de empleo. A este tipo de

enfermo crónico le preocupa muy seriamente su porvenir laboral.

Incluso, se evidencia también que:

"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, Lennard-Jones y Bingley, 1978, p.620).

Por otro lado, mientras Fouls señala que los pacientes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal experimentan furia reprimida, hostilidad y dificultad en las relaciones interpersonales (1984), otros investigadores describen a estos enfermos como personas que manifiestan infantilismo, comportamiento exigente, furia, negación, pérdida de autocontrol, aislamiento social y falta de autoconfianza (Lidz y Rubinstein, 1959; Simmons, 1984).

De cualquier forma, no debemos olvidar que a pesar de que North y cols. (1991) han descubierto que:

"las exacerbaciones de actividad de la
Enfermedad Inflamatoria Intestinal
fueron a menudo seguidas por
desarrollo de depresión
significativa" (North y cols.,
1991, p.385),

medido por el Beck Depression Inventory, la preponderancia de la reciente investigación usando escalas de sucesos importantes de vida ha fracasado a la hora de apoyar una asociación entre acontecimientos vitales significativos y exacerbaciones de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Helzer, Chammas, Norland, Stillings y Alpers, op.cit.; North, Alpers, Helzer, Spitznagel y Clouse, 1991).

No obstante, "estos pacientes con
Enfermedad Inflamatoria Intestinal
experimentan daño funcional moderado
más en lo social y psicológico que en
la dimensión física" (Drossman,
Patrick y Mitchell, 1989, p.1385),

a pesar de que este tipo de enfermos crónicos mencionan problemas tales como la preocupación sobre olores, el manchado de ropa, los frecuentes e incómodos movimientos

intestinales o abdominales que tercian su satisfacción global de vida (Joachim y Milne, 1987).

2.2.2.- Características diferenciales: Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

Ambas enfermedades, Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn, aún estando englobadas bajo el mismo término presentan diferencias tanto anatomofisiológicas como psicosociales.

Se sabe que el comienzo de la Colitis Ulcerosa es, habitualmente, más agudo que el de la Enfermedad de Crohn aunque esta última puede presentar un comienzo gradual; y, que la Enfermedad de Crohn está, generalmente, confinada al intestino delgado (Marja, Verhoef y Sutherland, 1990).

En el caso de los sujetos con Enfermedad de Crohn, éstos a menudo perciben, si su salud es buena o mala, mejor que los de Colitis Ulcerosa, así como también se muestran más preocupados por la misma.

Mientras que el paciente típico de Colitis Ulcerosa está significativamente más preocupado con la pérdida de control intestinal y desarrollo de cáncer, el de Enfermedad de Crohn está significativamente más preocupado con el dolor (Drossman y cols., op.cit.).

Por consiguiente, "el tratamiento psicológico debe ir dirigido hacia estresores de vida específicos, con problemas incluyendo su actual tratamiento, y con la naturaleza existencial de la enfermedad crónica" (Zissok y Devaul, 1977, p.719).

Además, es de constatar que:

"la utilización de cuidados sanitarios en relación a dirigirse a otras clínicas médicas, y no solamente gastroenterológicas, es mayor en los pacientes de Enfermedad de Crohn" (Verhoef y Sutherland, op.cit, p.122).

Por otra parte, en relación a alteraciones de carácter psíquico se halla una frecuencia significativamente

más alta de trastornos psíquicos en enfermos de Crohn (Helzer, Clayton, Pambakian y Woodruff, 1982; 1984). Aunque ya se deja entrever, en el estudio de Engel (1975), que los enfermos de Colitis Ulcerosa muestran manifestaciones de tipo obsesivo; así como, también, lo corroboran Ravabilas, Christodoulou, Liappas y Stefanis (1980).

Pero surgen algunos estudios posteriores en los que no se evidencia una posible asociación entre Colitis Ulcerosa y psicopatología (Tarter y cols., 1987; Andrews, Barczak y Allan, 1987). En cambio, se apunta que los pacientes de Enfermedad de Crohn muestran una frecuencia significativa mayor de ansiedad y depresión (medida por el Diagnostic Interview Schedule).

De cualquier forma, a través de la revisión de la literatura, se confirma que los enfermos de Crohn presentan más psicopatología que los de Colitis Ulcerosa (Schwarz y Blanchard, 1990). Sin embargo, añaden, Drossman y cols. (1991), que las diferencias desaparecen cuando se tiene en cuenta la severidad de los síntomas físicos. Por término medio, los enfermos de Crohn tienen síntomas más severos que los de Colitis Ulcerosa.

Finalmente, en lo que respecta al tratamiento médico se ha comprobado que es similar para ambas enfermedades (Donaldson, 1983). Aunque la Enfermedad de Crohn es, a menudo, más indolente que la Colitis Ulcerosa, la remisión y abandono de esteroides³ puede ser más difícil de alcanzar. La sulfasalazina⁴ no reduce el riesgo de recurrencia en la Enfermedad de Crohn, mientras que es eficaz como terapia de mantenimiento para prevenir recaídas en el caso de Colitis Ulcerosa (Zuckerman y Briones, op.cit.).

Los múltiples procedimientos quirúrgicos son más probables con la Enfermedad de Crohn que con la Colitis Ulcerosa. Consecuentemente, los pacientes con enfermedad de Crohn pueden tener una más alta prevalencia de enfermedad secundaria (Walker, Roy-Byrne y Katon, 1990).

"El pronóstico relativamente favorable del paciente de Colitis Ulcerosa después de la colectomía permanece en gran contraste al del paciente de Enfermedad de Crohn, a quien la enfermedad puede persistir" (Folks y Kinney, 1992, p.263).

³ Constituyen el principal tratamiento en el brote de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

⁴ Principal inductor de remisión ante brotes, únicamente, leves y moderados, y como mantenedor de la remisión.

2.3.- Historia

La historia de la Enfermedad inflamatoria Intestinal, en este apartado, corresponde con la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn.

Colitis Ulcerosa

Aunque el término de Colitis Ulcerosa es descrito por Wilks y Moxon en 1875, ya hacia el año 300 se identificó un tipo de diarrea no contagiosa asociada a inflamación del colon.

Pero fueron los oficiales médicos del ejército de la Unión durante la Guerra Civil Norteamericana quienes describen, en 1856, las características clínicas y patológicas de lo que hoy se conoce como Colitis Ulcerosa en casos de diarrea crónica. Hicieron hincapié en las alteraciones de las criptas⁵ para diferenciar los casos de este grupo de otros que, probablemente, correspondían a

⁵ Especie de cavidades huecas que se abren en la superficie de la mucosa intestinal.

disenteria⁶ o a fiebre tifoidea como trastorno de las funciones intestinales en general (Goligher y cols., 1968).

Sin embargo, el mérito de definir y tipificar la denominación de la Colitis Ulcerosa se atribuye en general a Wilks y Moxon. En la segunda edición de su libro "*Lectures on Pathologic Anatomy*", publicado en 1875, describen la Colitis Ulcerosa simple en la sección de "*Inflamaciones del intestino grueso*".

A lo largo de una década se publicaron en la literatura otros artículos que destacaban la importancia de la asociación de las hepatopatías o enfermedades del hígado con la Colitis Ulcerosa simple. Las observaciones de White, en 1895, siguieron siendo una excelente descripción de la enfermedad tal y como hoy la conocemos.

El descubrimiento de esta enfermedad se vio indudablemente retardado por la tendencia a considerar todas las formas de enfermedades diarreicas como un tipo de disenteria infecciosa. Por tanto, los descubridores de este

⁶ Enfermedad infecciosa aguda caracterizada anatómicamente por lesiones inflamatorias, ulcerosas y gangrenosas del intestino grueso y porción inferior del íleon.

cuadro fueron los primeros en establecer una clara diferenciación entre la Colitis Ulcerosa idiopática⁷ y las colitis provocadas por bacilos o parásitos.

Es interesante mencionar que durante muchas décadas, la Colitis Ulcerosa fue considerada una enfermedad presente exclusivamente en Europa y Norteamérica; sin embargo, su incidencia en Sudamérica y Centroamérica parece aumentar en la medida que se incrementa el diagnóstico de la enfermedad. También muestra una incidencia creciente en Japón, India, Tailandia y otros países del Lejano Oriente.

Cuando Crohn y cols. elaboraron una descripción de la enteritis regional, la separación entre la Colitis Ulcerosa de la mucosa y la enfermedad intestinal de Crohn de carácter transmural⁸, parecía claramente establecida; las dos enfermedades presentaban rasgos patológicos distintos y cada una de ellas afectaba a un órgano diferente.

En las últimas décadas se ha observado una marcada superposición tanto de las características patológicas como de la distribución anatómica de ambas entidades. En un 10 por ciento de los sujetos con Enfermedad Inflamatoria

⁷ Enfermedad que no deriva de ninguna otra y cuyo origen se desconoce.

⁸ Afecta a toda la pared intestinal.

Intestinal, las porciones intestinales resecadas (afectadas) pueden presentar características de ambos procesos (Levine, 1986).

Dado que la etiología es desconocida en ambas enfermedades, existe la posibilidad de un común denominador y unas diferencias patológicas que reflejen distintas reacciones tisulares (histológicas) ante el mismo agente causal.

Enfermedad de Crohn

En 1932 Crohn, Ginsburg y Oppenheimer identifican, a partir de catorce casos, la "ileítis terminal"; y, otras observaciones pronto conducen a la noción de "enteritis regional". Habrá que esperar hasta 1952 la publicación de Wells, Lockhart-Mummery y Morson para que sean admitidas localizaciones colónicas aisladas. Pero la afectación digestiva entonces está más extendido, como atestiguan a continuación las localizaciones gástricas o esofágicas y, sobre todo, las manifestaciones extradigestivas (bucales,

articulares, pulmonares) que amplían progresivamente el posible cuadro clínico de esta enfermedad.

Lockhart-Mummery y Morson (1960)⁹ insisten en las localizaciones anoperineales¹⁰ que cursan paralelamente las manifestaciones intestinales. Fielding (1970) y Lennard-Jones (1976) demuestran que la localización perineal asintomática está asociada, en más del 40 por ciento de los casos, a la Enfermedad de Crohn. El tratamiento, además de los antibióticos y los esteroides, está basado, sobre todo en relación a estos trabajos, en los inmunosupresores, como es el caso de la Azatioprina¹¹ con resultados muy variables. La cirugía es aconsejada, inicialmente, por Ginsburg y Oppenheimer, a la vez que describen los primeros casos de recidivas (recurrencias) post-operatorias, y persisten las discusiones acerca del momento y tipo de cirugía.

Aproximadamente el 40 por ciento de los casos de Enfermedad Inflamatoria Intestinal se diagnostica como Colitis Ulcerosa; un 40 por ciento como proctitis¹² ulcerosa

⁹ Bisel, en 1934, fue el primero en atraer la atención sobre lesiones anales.

¹⁰ Estas localizaciones están situadas en la zona anal y área comprendida entre ésta y los genitales.

¹¹ La función de este inmunosupresor consiste en reducir las defensas con que cuenta el propio organismo.

¹² Inflamación del recto.

y sólo un 20 por ciento como Enfermedad de Crohn. No obstante, la incidencia de la Enfermedad de Crohn está aumentando progresivamente, en parte por un mayor avance en las técnicas diagnósticas y conocimiento de la enfermedad, y en parte, por un verdadero incremento de su incidencia, mientras que ésta en la Colitis Ulcerosa parece estabilizarse.

2.4.- Epidemiología

La epidemiología de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es la siguiente:

Colitis Ulcerosa

La frecuencia de la Colitis Ulcerosa es diferente en las distintas zonas geográficas. Mendeloff observa una incidencia de 4,6 a 7,3 por cada 100.000 habitantes en distintos lugares de Norteamérica y Europa. Así mismo, se

registran incidencias relativamente elevadas en Australia, Sudáfrica, Japón y Sudamérica (Mendeloff, 1980).

Sin embargo, en los últimos 25 años parece que el número de nuevos casos de Colitis Ulcerosa ha alcanzado una meseta, hecho que constituye un llamativo contraste con respecto al rápido aumento en los de Enfermedad de Crohn durante el mismo periodo. La afectación por este último proceso de una población de similares características ha dado lugar a confusiones en la interpretación de los datos epidemiológicos. Por otra parte, es frecuente encontrar pacientes con una forma distal y leve de Colitis Ulcerosa, es decir, proctitis o proctosigmoiditis¹³; este hallazgo ha aumentado su incidencia en los últimos años (Smart y Mayberry, 1986).

Los datos sobre la frecuencia de la Pancolitis Ulcerosa¹⁴ oscilan entre 2 y 7 casos por cada 100.000 habitantes, en contraste con los 3 a 8 nuevos casos de la forma distal y más leve de la enfermedad (Allan, 1987).

Mendeloff (op.cit.) ha descrito siete características propias de los enfermos con Colitis Ulcerosa:

¹³ Inflamación referida al recto o/y zona sigmoidea.

¹⁴ Patología caracterizada por encontrarse afectado todo el colon.

- 1ª) la distribución entre ambos sexos es casi equivalente;
- 2ª) la edad de aparición es en la tercera década de la vida, existiendo un segundo pico de incidencia en la sexta década;
- 3ª) los enfermos son con más frecuencia occidentales que orientales y, sobre todo, del Norte y Este de Europa o anglosajones;
- 4ª) la prevalencia es mayor entre los habitantes de zonas urbanas;
- 5ª) la alteración es más común en blancos que en negros;
- 6ª) esta enfermedad es, igualmente, habitual entre los judíos que viven en Europa y Norteamérica que entre los no judíos; sin embargo, no es corriente entre los israelíes; y,
- 7ª) se detectan más en familias que en casos aislados.

Enfermedad de Crohn

La Enfermedad de Crohn es de distribución mundial, a pesar de ser más común en ciertos puntos como Estados Unidos, Canada, Reino Unido, Scandinavia que en otros como América del Sur, Asia, Africa. No obstante, los datos sobre

incidencias en distintos países resultan difíciles de controlar debido a registros incompletos de esta enfermedad (Kirsner y Shorter, op.cit.; Shivananda y cols., 1987).

De cualquier forma, algunas conclusiones pueden desprenderse de estudios sobre revisiones recientes que resumen la información demográfica proveniente de fundamentalmente, Gran Bretaña, Escandinavia, Suiza, Israel, Sudáfrica y los Estados Unidos.

"La prevalencia de la Enfermedad de Crohn parece variar entre 10 y 70 casos por cada 100.000 habitantes, con una incidencia anual de 1,8 a 8,3 casos por cada 100.000 habitantes"
(Zuckerman y Briones, op.cit., p.33).

Este trastorno se observa más frecuentemente en sujetos de origen europeo. En todos los países estudiados, la Enfermedad de Crohn es de tres a ocho veces más común entre personas de raza judía que en el resto de la población y es más común en las personas de raza blanca (Gilat y Rozen, 1971). Sin embargo, la proporción entre la incidencia

por sexos varía considerablemente en los diferentes estudios (Shivananda y cols., 1987).

Muchos investigadores han observado una historia familiar en las personas con Enfermedad de Crohn. Estudios iniciales sugieren que de un 5 a un 10 por ciento de estos pacientes presentan una historia familiar de Enfermedad Intestinal Inflamatoria, pero investigaciones más recientes indican que es posible detectar una historia familiar positiva en hasta un 20 ó 30 por ciento de los casos (Farmer, Michener y Mortimer, op.cit.).

Otro dato uniformemente registrado en todos los países estudiados atribuye una notable elevación de la incidencia de este cuadro en los últimos 20 años (Mendeloff, op.cit.; Korelitz, 1982).

Y, la edad de aparición se sitúa entre los 15 y 30 años, siendo algo más frecuente en varones (Zuckerman y Briones, op.cit.).

2.5.- Factores determinantes de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

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.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

FACTORES DETERMINANTES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	<i>Agentes o componentes que influyen, resuelven o fijan la enfermedad.</i>
ETIOLOGICOS	Causas desencadenantes de esta enfermedad: genéticas, inmunológicas, infecciosas.
RECURRENTES	Elementos que contribuyen a reproducir esta enfermedad: estrés emocional, temores, estacionalidad, infecciones entéricas, tabaco.
CONSECUENTES	Circunstancias que se derivan del propio proceso de enfermedad: alteraciones psicopatológicas, falta de control y autoconfianza dependencia personal, aislamiento social, estrés.
ADHESION AL TRATAMIENTO	Eventos o circunstancias que estimulan la implicación del enfermo en el proceso terapéutico.

Ilustración 1: Factores determinantes de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

2.5.1.- Factores etiológicos

La causa desencadenante de esta Enfermedad es desconocida. Durante muchos años se ha pensado que un agente infeccioso era el responsable de la enfermedad, pero muchos de los argumentos a favor de una etiología infecciosa han sido descartados por falta de pruebas científicas. Otros autores han postulado teorías patogenéticas, psicosomáticas o inmunológicas (Feldman, Cantor, Soll y Bachrach, 1967; Kirsner y Shorter, op.cit.).

Se sabe que los Sistemas Nervioso Central y gastrointestinal ejercen, de forma independiente y conjunta, influencias reguladoras importantes sobre las funciones motriz, secretora, absortiva y neuroendocrina del aparato digestivo.

Las células endocrinas, paracrinas y neurocrinas, así como los péptidos opiáceos del neuroeje y del tubo digestivo, son importantes vías neuro-endocrinas para la expresión de respuestas del tubo digestivo estimuladas emocionalmente¹⁵ (Ambinder y Schuster, 1977).

¹⁵ La identificación de neurotransmisores entéricos (acetilcolina, noradrenalina y 5-hidroxitriptamina) y de neuropéptidos (polipeptido intestinal vasoactivo (piv), somatostatina,

Así pues, en pacientes concretos el estrés psicológico puede ser tan perjudicial para el organismo como las temperaturas extremas, los microorganismos patógenos y los traumatismos físicos (Lipowski, 1977). De hecho, se producen cambios notables en los niveles de adrenalina, noradrenalina, cortisol, tiroxina, insulina, hormona de crecimiento y testosterona bajo estas circunstancias (Riley, 1981).

Kirsner y Shorter (op.cit.) sugieren la hipótesis útil para la patogénesis de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal que implica una interacción compleja entre la multitud de respuestas, influencias genéticas, inmunológicas y agentes externos. Estos investigadores, además, incluyen el estrés como un posible suceso incitador que puede iniciar el desarrollo o recurrencia de esta condición.

Hasta el momento actual, ninguna de estas teorías se ha visto sustentada por suficientes indicios.

Ninguno de los factores mencionados es capaz de explicar la totalidad de los hechos. Incluso, esta

encefalinas, bombesina y neurotensina) confirma aún más la estrecha relación del Sistema Nervioso y el aparato digestivo (Grossman, Brazier y Lechago, 1981).

Enfermedad es suficientemente compleja como para que sea virtualmente imposible determinar cuáles de los trastornos manifestados están relacionados con la patogenia y cuáles son simplemente una consecuencia del proceso patológico (Verhoef y Sutherland, op.cit.).

A pesar de los trabajos presentes en la literatura, la Enfermedad Inflamatoria Intestinal presenta una etiología desconocida y, muy probablemente, multifactorial.

2.5.1.1.- Factores genéticos

Se ha demostrado que la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es más frecuente en familias de estos enfermos que en la población general. Concretamente, la probabilidad de padecer una Enfermedad de Crohn es quince veces mayor si hay un pariente de primer grado afectado que si no lo hay (Gilat y Rozen, 1979; Calkins y Mendeloff, 1986).

Los nuevos casos de Colitis Ulcerosa se registran con mucha mayor frecuencia, de 10 a 15 por ciento, en familias de enfermos que la padecen. Esta, incluso, se ha

detectado en gemelos monocigóticos (Farmer, Michener y Mortimer, op.cit.; Zuckerman y Briones, op.cit.).

Otro dato relevante se apoya en la mayor incidencia de la Enfermedad de Crohn en judíos de origen europeo llamados Askenazis que vivieron su infancia en Europa. La segunda generación de éstos, tras emigrar a Israel, presentan una incidencia menor (factor ambiental) (Zuckerman y Briones, op.cit.).

2.5.1.2.- Factores inmunológicos

A partir de 1960, Broberger y Perlmann ponen en evidencia anticuerpos que actúan contra determinadas proteínas de células colónicas en el suero de estos enfermos. Se revela, sin embargo, su aparición secundaria a la evolución de la enfermedad. Koffler (1962) establece por primera vez la posibilidad de un papel local de los inmunocomplejos¹⁶ sin que los sucesivos trabajos lleguen a acordar un papel esencial.

¹⁶ Complejo macromolecular de antígeno (por ejemplo, una toxina bacteriana) y anticuerpo unidos entre sí de forma específica favoreciendo la protección frente a enfermedades infecciosas aunque, en otros casos, puede ser peligroso por sus reacciones de hipersensibilidad inmunológica activa.

La hipersensibilidad inmediata y el dosaje de la inmunoglobulina¹⁷ E (IgE) han contribuido a los intentos de utilización del cromoglicato como medida terapéutica aunque no está confirmada su eficacia, excepto en los casos en que el paciente no responde a esteroides (Peppercorn, 1990). No obstante, queda patente el déficit del sistema secretorio local, como parecen demostrar las concentraciones base o carentes del componente inmunoglobulina A (IgA) de la saliva (Engström, 1992).

Por otro lado, muchas investigaciones han documentado la presencia de linfocitos T¹⁸ que sensibilizan a una variedad de antígenos bacterianos y colónicos en la circulación y pared intestinal de pacientes con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (Strickland y Sachar, 1977).

Tanto los factores inmunológicos como la formación de metabolitos del ácido araquidónico pueden desempeñar un papel clave en la etiología de estas enfermedades, aun teniendo presente su desconocimiento (Strickland y Sachar, op.cit.).

¹⁷ Glucoproteína o proteínas compuestas (constituye anticuerpos) que se encuentra presente en el plasma sanguíneo.

¹⁸ Desempeñan un papel fundamental en la respuesta inmunológica celular.

En el caso del tabaco, este ácido tiene repercusiones importantes que han de ser consideradas como una explicación biológica para los resultados epidemiológicos. Fumar ejerce un efecto inmunosupresor, que influye en la inmunidad celular y también en la humoral¹⁹ (Benoni y Nilsson, 1988).

En conclusión, se sospechan defectos de inmunidad celular y se constatan tres niveles de alteraciones: alteración de la migración de neutrófilos in vivo²⁰ (Segal y Loewi, 1976), disminución de la capacidad fagocítica de los macrófagos in vitro²¹ y alteración de los mecanismos de regulación de la respuesta inmune celular con un predominio de la actividad de linfocitos Helper. Pero, ninguno de estos factores representa la llave etiológica de esta Enfermedad.

¹⁹ Los linfocitos B se encargan de la inmunidad humoral (engloba a líquidos o semilíquidos del organismo humano).

²⁰ Perturbación del movimiento de leucocitos de un lugar a otro del cuerpo.

²¹ Reducida competencia para destruir partículas sólidas presentes en las zonas de inflamación.

2.5.1.3.- Factores infecciosos

Debido a la naturaleza inflamatoria del proceso patológico, algunas de las investigaciones iniciales se centraron sobre los agentes infecciosos como posible causa.

Shorter y cols. (1972) sugieren la posibilidad de que una infección transitoria pueda inducir alteraciones que se mantienen después de la desaparición de la infección. Describen con el microscopio electrónico bacterias intramurales²². Orr (1975) detalla lesiones focales granulomatosas²³ por infección local en el íleon. Parent y Mitchell (1978) aíslan una bacteria denominada "Pseudomona"²⁴ en diversos sujetos afectados por la Enfermedad de Crohn. Posteriormente, parecen responsables otro tipo de bacteria, según Schuller (1979), la "Chlamydia" (bacteria parásito intracelular).

Las micobacterias²⁵ estudiadas por Crohn, paralelamente a las tuberculosis intestinales, no fueron

²² Bacterias que se sitúan dentro de la sustancia de la pared intestinal.

²³ Lesiones ocasionadas por tumores formados por partículas pequeñas o gránulos (pequeñas masas carnosas redondeadas).

²⁴ Bacterias con importante papel en los procesos de mineralización.

²⁵ Se les designa también con el nombre de Mycobacterium. La mayoría de sus especies son de crecimiento lento.

jamás demostradas a excepción, por un lado, de Burnham (1978) con la "*Mycobacterium Kansasii*" y, por otro, Chiodini (1984) que detecta en algunos pacientes una mycobacteria no clasificada y, McFadden (1987) que también detecta la presencia de la "*Mycobacterium Paratuberculosis*".

Por otro lado, en 1973, Framer comprueba una mayor frecuencia de serologías positivas al citomegalovirus²⁶, así como Cooper (1977) que apunta inclusiones (penetraciones en tejidos) debidas al mismo en seis enfermos. El papel del rotavirus o del herpes fue citado como causa sin demostraciones de particular importancia (Whorwell, 1977).

A pesar de las numerosas publicaciones no se ha podido demostrar que la Enfermedad Inflamatoria Intestinal sea de origen infeccioso, aunque una infección concomitante puede alterar su curso.

²⁶ Aparición del virus del grupo herpes en el suero de adultos inmunodeprimidos presentando, entre otras, una afectación intestinal.

2.5.1.4.- Otros factores etiológicos

En pacientes diagnosticados de Colitis Ulcerosa o Enfermedad de Crohn, sucesos como la muerte de un miembro de la familia, el matrimonio, el divorcio, un parto y la migración son significativamente mayores respecto a la población normal. Hislop (1974) sugiere que estos acontecimientos y la conducta con que dichas personas hacen frente a los mismos puede contribuir al desarrollo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Tanto el estrés como la ansiedad pueden coadyuvar a la patología alterando las respuestas inmunitarias del huésped (Keller, Weiss, Schleifer, Miller y Stein, 1981).

Por un lado, aparecen investigaciones en las que se justifica la relación entre estrés y el comienzo de la Enfermedad (Ford, 1969; Paull y Hislop, 1974; Fava y Pavan, 1977; Kirsner, Palmer, Maimon y Ricketts, 1982). En todos ellos, se recalca la ligazón entre acontecimientos vitales estresantes y el comienzo de síntomas propios de esta Enfermedad. Incluso, en el estudio de Lewis (1988) queda patente el dato significativo de la importancia del estrés

como factor percibido por estos pacientes; el 59 por ciento de ellos siente que esa es la causa de su enfermedad.

Y, por otro lado, existen investigaciones en las que no encuentran diferencias con el resto de la población general en relación a factores de estrés (Whybrow, Kane y Lipton, 1968; Hendriksen y Binder, 1980). Revisan sus cuadros clínicos fijándose en datos como las relaciones de trabajo, familiares y recientes sucesos estresantes. Al final, concluyen que el origen de la Enfermedad es multifacético.

Estas consideraciones suponen una base plausible de la participación del estrés psicógeno en la Enteropatía Inflamatoria (Almy, 1980), pero sigue sin resolverse la cuestión fundamental sobre el papel iniciador.

No se ponen en duda las relaciones cronológicas entre acontecimientos emocionales importantes y la instauración, la recurrencia o la intensidad de la mencionada enfermedad, pero estas relaciones temporales no son de por sí definitivas.

2.5.2.- Factores recurrentes

Un segundo bloque de factores determinantes de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal corresponde a los recurrentes, que pretende explicar aquellos componentes que pueden dar lugar a la recaída de dicha enfermedad manifestada a través de una serie de síntomas específicos.

Han aparecido estudios que intentan elucidar la razón de la recurrencia de la Colitis Ulcerosa comenzando por aquellos como Murray y Daniels en los años 1930 y 1948, respectivamente, que defienden el estrés emocional; por otro lado, Mee y Jewel que apoyan la idea de la infección del tracto respiratorio superior (1978), e incluso, otros como Rampton, la ingestión de antibióticos que conducen al recrudecimiento de la actividad de la enfermedad (Rampton, McNeil y Sarner, 1983; Rampton y Sladen, 1981). Además, se llega a sugerir un modelo estacional (Myszor y Calam, 1984; Sellu, 1986).

La estacionalidad de la reagudización de la Colitis Ulcerosa se sugiere, primeramente, por parte de Myszor y Calam (op.cit.) que la sitúan entre los meses de

Septiembre y Febrero. Riley, Mani, Gooman y Lucas insisten en este modelo estacional destacando concretamente, según sus investigaciones, los meses de Septiembre y Octubre como picos de incidencia en la Colitis Ulcerosa (1990). Estos también señalan el estrés, a juicio de los pacientes, como principal contribución en las recaídas.

Por otro lado, un número de infecciones entéricas bacterianas aparecen implicadas en la exacerbación de la enfermedad (Lindeman, Weinstein, Levitan y Patterson, 1967; Newman y Lambert, 1980).

Sellu (op.cit.) destaca la posibilidad de que la recaída pudiera ser relativa a una patogenia entérica, aún inidentificada. Anota como interesante la infección de "Salmonella" y "Campylobacter" (bacterias) y de enterovirus²⁷ presentando modelos estacionales de ocurrencia que alcanzan el pico en el tardío verano y otoño.

En otra variedad de estudios se sugiere que el estrés puede afectar al curso de la enfermedad conduciendo a la exacerbación de los síntomas primarios de la enfermedad (Whybrow y cols., op.cit.; Ford y cols., op.cit.; Cohn y

²⁷ Género de virus que, con gran frecuencia, producen infecciones asintomáticas pero pueden ser causa de infecciones del aparato digestivo, respiratorio y del sistema nervioso central.

cols., 1970; Goldberg, 1970; McKeegney y cols., 1970; Greene y cols., 1989).

Gerbert (1980) encuentra también una relación entre las variables psicológicas de sucesos vitales estresantes, características de personalidad y psicopatología, y la exacerbación de síntomas de la Enfermedad de Crohn.

A su vez, Gerbert (op.cit.) revisa 16 estudios referidos a aspectos psicológicos de la Enfermedad de Crohn señalando que, en nueve de los once estudios, se puede descubrir una importante conexión entre acontecimientos vitales estresantes y el comienzo de una recaída.

Algunos autores como Paulley (1971), Feiereis (1986) apuntan que no sólo los sucesos vitales actuales sino también los temores de pérdida y separación, sentimientos de estrés y el sentimiento de encontrarse entre dos partes en disputa, pueden conducir al paciente a una recaída.

En cambio, North y cols. (1991), que controlan a sujetos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal sobre un período de dos años, no hallan relación entre

acontecimientos vitales estresantes o depresión y un subsiguiente desarrollo de exacerbaciones de la misma.

Garret, Brantley, Jones y Tipton Mcknight (op.cit.) confirman que el estrés diario parece impactar la actividad de la Enfermedad de Crohn significativamente. El presente estudio representa una mejora sobre la pasada investigación ya que es más prospectiva en esencia²⁶.

Un año después, los datos del estudio desarrollado por Duffy, Zielezny, Marshall, Phillips, Byers, Ogra y Graham (op.cit.) confirman que los sujetos que se exponen a sucesos principales agudos y prolongadas tensiones diarias evidencian riesgo incrementado de morbilidad y exacerbación de la enfermedad.

Por lo tanto, tanto en enfermos de Colitis Ulcerosa como de Crohn, se confirma que el sentimiento de presión²⁹ puede desencadenar una recaída o brote (Wietersheim, Köhler y Feiereis, op.cit.). Incluso, parece clara la conexión entre un incremento en la actividad de la

²⁸ Hay que tener en cuenta que gran parte de los estudios previos confiaban en el recuerdo verbal individual de sucesos vitales o cuadros retrospectivos, y quedaba constancia de la falta de una recogida de datos o métodos de valoración estandarizados.

²⁹ Constituye una de las variables evaluada por el Social Readjustment Rating Scale, elaborada en 1967, destinada a examinar acontecimientos vitales.

enfermedad y el sentimiento de estar bajo presión para este grupo de sujetos. No obstante, este punto puede también ser interpretado como resultado de la enfermedad³⁰.

Un último apunte descrito a raíz de estudios como el diseñado por Duffy y cols. (op.cit.) en el que se insinúa un fuerte efecto derivado del consumo de tabaco como un factor precipitante de enfermedad recurrente en pacientes con Enfermedad de Crohn. No obstante, el tabaco puede, de algún modo, tener un efecto favorable en la Colitis Ulcesora³¹.

2.5.3.- Factores consecuentes

El tercer bloque de factores determinantes de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal atañe a los consecuentes. Estos aluden a las circunstancias que dimanen del padecimiento de dicha enfermedad.

³⁰ La interpretación de esta conexión puede englobarse, también, dentro de los factores consecuentes.

³¹ Lo corroboran los trabajos de Castella y cols. (Benoni y Nilsson (1988)). Se demuestra que la mayoría de los ex-fumadores enfermaron después de dejar de fumar. Ninguno de los que tenían Colitis Ulcerosa empeoraron mientras fumaban.

En esta línea, Engel (1955) señala que los enfermos con Colitis Ulcerosa son personas dependientes, restrictivas en sus relaciones, emocionalmente inmaduros, sexualmente inadecuados y depresivos. Mientras, otros investigadores subrayan un comportamiento infantil, exigente, enfurecido, negativo, así como pérdida de autocontrol, aislamiento social y una falta de autoconfianza en estos pacientes (Simmons, op.cit.). Igualmente, Foulds (1985) les describe como personas que experimentan furia reprimida, hostilidad y dificultad en las relaciones.

Estos pacientes obtienen puntuaciones significativamente más bajas en dominancia³² y más altas en intropunitividad³³ que los del grupo control (Arapakis, Lyketsos, Gerolymatos y Richardson, 1986).

Distintos autores en sus respectivos estudios constatan en las últimas décadas que los pacientes que padecen la Enfermedad de Crohn frente a los de Colitis

³² Esta variable se evalúa como actitudes dominantes y actos hostiles inhibitorios. Por consiguiente, la baja dominancia refleja una tendencia a activar la enfermedad física a la vista del fracaso para enfrentarse ante una situación o acción.

³³ De acuerdo con Foulds (1976), la excesiva intropunitividad implica una bajada de autoestima e incrementa la probabilidad de síntomas; por contra, la excesiva extrapunitividad decrece la probabilidad de síntomas. En conclusión, la intropunitividad es otra característica de personalidad asociada con una predisposición a formación neurótica.

Ulcerosa³⁴ presentan una prevalencia notablemente mayor de alteraciones emocionales en relación a grupos control (Whybrow, 1968; Helzer y cols., 1978; 84).

Tarter y cols. (1987) concretan que los sujetos con Enfermedad de Crohn, comparados con grupos de control, muestran una frecuencia mayor de ansiedad y depresión.

Del mismo modo, también han realizado estudios con niños. Encuentran depresión y baja autoestima en niños con Enfermedad de Crohn, y depresión en niños con Colitis Ulcerosa. Similarmente, Steinhausen y Kies (1982) encuentran desórdenes emocionales incrementado en niños con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa comparado con niños físicamente normales.

Parece estar equitativamente bien establecido que, después de un número de años de evolución de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, los pacientes detentan, por término medio, características de personalidad similares a aquellos con enfermedades psicosomáticas, neurosis y otras enfermedades médicas crónicas (Whybrow y Ferrell, op.cit.). Alrededor del 30 por ciento de los sujetos con esta

³⁴ Tanto Engel (1975) como Rabavilas y cols. (1980) han detectado rasgos obsesivos en los enfermos de Colitis Ulcerosa.

enfermedad revelan significativas alteraciones emocionales con predominio de síntomas afectivos, especialmente, ansiedad y depresión (Helzer y cols., 1984; 86).

En el estudio de Olden (1992) se apoya la conclusión de que las alteraciones emocionales no son un precursor de esta enfermedad, ni causa de las exacerbaciones de la misma. Sin embargo, la literatura sugiere que las exacerbaciones pueden resultar en síntomas referidos a trastornos emocionales, particularmente en desórdenes de humor (Garret y Drossman, 1990).

Estos datos han seguido corroborándose en estudios más recientes como el realizado por Schwartz y cols. (1993). Confirman que una tercera parte de los enfermos muestran alteraciones psicopatológicas, frecuentemente depresión, ansiedad y trastornos neuróticos.

Unido a estas alteraciones, en el estudio aplicado por Joachim y Milne (op.cit.) se señala que los sujetos, aunque mínimamente afectados por su enfermedad en el día a

día, perciben que ésta afecta enormemente su satisfacción³⁵ con la vida.

Se constatan, en otra investigación, las tres preocupaciones más prominentes de estos pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal: primero, tener una bolsa de ostomizado; segundo, su nivel de energía; y, tercero, la posibilidad de tener cirugía. Los enfermos de Crohn se muestran significativamente más preocupados con la pérdida de control intestinal y desarrollo de cáncer (Drossman y cols., 1989).

Por otro lado, en comparación con el grupo de ileostomizados³⁶, los enfermos sin ileostomía mostraron, significativamente, una imagen corporal más positiva y mayor satisfacción en conjunto (Meyers y cols., 1980). La crítica más seria de esta revisión retrospectiva ha sido que la percepción para la mayoría de pacientes sobre

³⁵ En el estudio desarrollado, dos años antes, por Joachim y Milne (1985) verifican que los pacientes percibían la Enfermedad Inflamatoria Intestinal como principal contribución de sentimientos de baja energía, nerviosismo e insomnio. La diferencia que se observa entre pacientes con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa viene, en parte, determinado por sus autoinformes sobre síntomas físicos y psicológicos. Los enfermos de Crohn parecen ser menos exactos a la hora de percibir e informar sobre la actividad de la enfermedad y el estrés psicológico producido, en cambio los informes de pacientes con Colitis Ulcerosa resultan ser más fiables (McKegney, 1970; Schwartz, 1977; Wood y cols., 1987).

³⁶ Personas a las que, conforme a distintas técnicas quirúrgicas, se les crea una abertura (fístula artificial) en el intestino delgado (íleon).

acontecimientos antes de la intervención quirúrgica, probablemente, se distorsiona por el impacto psicológico de esta operación importante y el deseo de conseguir un buen resultado.

Se cuenta con datos consistentes referidos a la hipótesis de que el estilo psicológico internal (tendencia a internalizar) de alguna manera afecta directamente al funcionamiento somático (Wood, Watkins, Boyle, Nogueira, Zimand y Carroll, op.cit.). A la vez que el estilo internal refleja estilo explicativo negativo, estos factores podrían repercutir en la actividad de la enfermedad afectando a la función inmune (Jemmott y Locke, 1984).

Una medida relativamente novedosa para procesos clínicos en pacientes con la Enfermedad Inflamatoria Intestinal se realiza a través del "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire". En este cuestionario se evalúan síntomas relativos a molestias intestinales primarias y sistémicas y la función social y emocional. Se constata que los pacientes con esta enfermedad muestran síntomas primarios intestinales, síntomas sistémicos y alterada función emocional que resultan comunes pero no se asocian

con principales dificultades (conflictos) en el trabajo de dichos pacientes o sus vidas personales (Mallet y cols., 1978).

Contrario a los resultados de otros investigadores³⁷, esta población de pacientes presenta un bajo nivel de impacto de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en su estilo de vida y funcionamiento psicosocial. Estos resultados pueden ser debidos al hecho de ser una población ambulatoria, no estando la mayoría severamente enfermos (Joachim, 1985; Milne, Joachim y Niedhardt, 1986).

Hasta este momento, autores como Milne y cols. (op.cit.) concluyen que los síntomas de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal claramente producen estrés.

Pero se constata que, tal y como indicaba Thoits (1983), cuando los sucesos relativos a salud son controlados, otros campos de estrés (Laboral, familiar, social) muestran un impacto insignificante en el resultado

³⁷ Examinando los efectos de los síntomas de la mencionada enfermedad en el estilo de vida de estos pacientes, se reveló que dos tercios tenían que cambiar sus trabajos rutinarios, el 85 por ciento presentaba problemas con sus vidas sociales cuando los síntomas eran severos, y la mitad mostraban generalmente irritabilidad con sus familias, sobre todo, durante el brote (Mallet y cols., op. cit.).

de salud (Duffy, Zielezny, Marshall, Byers, Weiser, Phillips, Calkins, Ogra y Graham, op.cit.).

En el campo laboral muchos de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal expresan ansiedad sobre sus perspectivas de empleo (Rees, Mayberry y Calcraft, 1983; Wyke, Edwards y Allan, 1988; Godber, 1989). Se encuentran preocupados por su futura situación laboral. Incluso, algunos de ellos dejan de atender las entrevistas de trabajo a causa de la posibilidad de la recurrencia de síntomas.

Respecto al ámbito familiar, Jaber, Steinhardt y Trilling (1991) señalan que a la mitad de estos pacientes esta enfermedad les recuerda a otra que había padecido anteriormente otro miembro familiar, sugiriendo que las atribuciones de miedos y enfermedad están frecuentemente basadas sobre experiencias de enfermedades pasadas dentro de la familia.

Se pueden establecer distintos tipos de familias: por un lado, aquellas que ven la enfermedad con temor, la experimentan como incontrolable, se sienten indefensas y son incapaces de movilizar efectivamente sus recursos para enfrentarse a ello. Por otro lado, las familias que

contemplan la enfermedad como una oportunidad para la maestría (sentido de dominio), desarrollan un equilibrado punto de vista de la relativa contribución de factores psicológicos y fisiológicos. Y, finalmente, la familia que aparece como bien adaptada a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal y sus vicisitudes, se enfrenta negando su impacto en sí misma; el sentido de compartir sucesos difumina el impacto de la enfermedad y es consistente con la falta de diferenciación entre sus miembros, siendo lo más importante la familia como grupo (Gerson, Greca y Nathan-Virga, op.cit.).

Esta enfermedad puede, también, impactar en situaciones de separación del enfermo respecto a su familia. Por un lado, el incremento de la dependencia en los padres¹⁸, particularmente y sobre todo, la madre; por otro, la impredecibilidad de los brotes y desconcierto sobre los síntomas. Esto se acentúa en pacientes que tienen pocos contactos sociales (Gerson, Greca y Nathan-Virga, op.cit.).

Jaber y cols. (op.cit.) señalan en su investigación que la familia se incorpora formando una

¹⁸ No hay que olvidar que Alexander, en 1934, ya expuso la dependencia de los padres como una característica de personalidad de los enfermos de Colitis Ulcerosa (Gerson, Greca y Nathan-Virga, op.cit.).

triada: familia-médico-enfermo. La familia que se muestra temerosa de la enfermedad raramente identifica al médico como una importante fuente de información o figura clave como alivio y apoyo; en cambio, las familias que se sienten competentes y aquellas que niegan su impacto en la misma, se sienten libres de contactar con sus médicos cuando surge un problema y se perciben como competentes para encargarse de la enfermedad.

En definitiva, aquellos que presentan Enfermedad Inflamatoria Intestinal experimentan daño funcional moderado más en las dimensiones social y psicológica³⁹ que en la física, y concretamente más en el caso de las personas con Enfermedad de Crohn⁴⁰ que con Colitis Ulcerosa (1989).

³⁹ Autores como Gazzard, Price, Libby y Dawson (1978) señalan que los grados de neuroticismo y ansiedad (de acuerdo con Eysenck Personality Questionnaire, 1977) constituyen un determinante más importante de calidad de vida que la objetiva severidad de la enfermedad (medida por Crohn Disease Anxiety Index, 1976). No obstante, la mayoría de los pacientes sienten que la calidad de vida disminuye por la propia enfermedad, particularmente, durante las exacerbaciones (Sorensen, Olson y Binder, 1987).

⁴⁰ Los enfermos de Crohn tienen síntomas más severos que los de Colitis Ulcerosa (Drossman y cols., op.cit.).

2.5.4.- Factores de adhesión al tratamiento

Se debe ayudar a promover una autoimagen positiva en los pacientes que presentan este tipo de Enteropatía Inflamatoria. Permitirles hacer elecciones y alentarles a asumir tantas responsabilidades, siempre y cuando sus cuidados sanitarios lo hagan posible, de tal forma que se les posibilite mantener un adecuado sentimiento de capacidad y control. Ayudarles a maximizar períodos de bienestar y animarles a obtener y manejar estrategias adaptativas son también cuestiones importantes⁴¹.

Las técnicas de entrenamiento en estrés son un adjunto beneficioso para el régimen terapéutico. Pueden ser autoaprendidas y ser útiles para implicar a los pacientes en su propio cuidado (Milne, Joachim y Niedhardt, op.cit.).

En los últimos años, el crecimiento del autocuidado, autoayuda y medicina alternativa ha reflejado el descontento de algunos pacientes con un rol pasivo, y el resultado de algunos de los tratamientos ofrecidos por la medicina moderna (Künsebeck, Körber y Freyberger, op.cit.).

⁴¹ Todos estos apuntes quedaron reflejados en el estudio de Joachim y Milne (1985).

2.5.5.- Otros factores

Otros factores son los dietéticos como puede ser la alergia a la leche de vaca que ha aparecido confirmada por la elevada concentración de anticuerpos antiproteínas de lacteos en las biopsias rectales de enfermos con recaídas frecuentes. Sin embargo, las dietas de exclusión se han revelado carentes de cualquier efecto (Sitrin, 1980). De todas formas, este no parece ser el factor determinante y puede, únicamente, ser una consecuencia de la enfermedad⁴².

En el caso de la Enfermedad de Crohn, siendo ésta un descubrimiento relativamente reciente, su frecuencia aparentemente creciente en los últimos años y su incidencia relativamente elevada en los países industrializados, han conducido a algunos investigadores a la consideración de un posible papel patogénico desempeñado por las modificaciones dietéticas que se han generado en estos países. (Thornton, Emmett y Heaton, 1979).

Las investigaciones han dirigido su atención hacia el estudio de aditivos químicos alimentarios como la

⁴² Estas proteínas tienen la posibilidad de ponerse en contacto con el sistema inmune a través de la ulceración de la mucosa que, de otro modo, no se produciría.

ingestión reducida de fibra en la dieta y el consumo creciente de azúcares refinados.

Sin embargo, los estudios dietéticos realizados con estos pacientes han obtenido resultados contradictorios, no llegándose a demostrar que factores epidemiológicos o experimentales permitan relacionar directamente elementos ambientales o dietéticos con las lesiones intestinales (Sachar, Auslander y Walfish, 1980).

2.6.- Anatomía patológica

La anatomía patológica referida a las dos enfermedades objeto de este estudio es la siguiente:

Colitis Ulcerosa

En el caso de La Colitis Ulcerosa aludimos a las características macroscópicas y microscópicas.

* *Características macroscópicas :*

Las características anatomopatológicas de la Colitis Ulcerosa dependen de su gravedad, de la fase clínica en que se encuentre y de su duración. Los rasgos más destacados son el predominio de la afectación del colon izquierdo y su distribución continua.

La afectación del recto, y la consiguiente proctitis, es prácticamente constante, aunque esta participación puede verse enmascarada por la puesta en práctica de tratamientos locales. La afectación de regiones más proximales, con proctosigmoiditis (recto y área sigmoidea) o proctocolitis (recto y colon), que puede ser izquierda, subtotal o incluso total, está sometida a mayores variaciones (Sleisenger y Fordtran, 1986).

En los periodos de actividad se detecta un edema (acumulación excesiva) mucoso, con alteración del patrón vascular, sangrado espontáneo, presencia de úlceras pequeñas pero que, a veces, pueden coalescer (fusionarse) formando úlceras más grandes y exudación de mucosa. Estos hallazgos pueden ser más o menos intensos dependiendo de la severidad del brote.

En las formas crónicas inactivas se aprecia una mucosa granular y atrófica (disminución del poder funcional), con dilatación del patrón vascular, y, una rigidez y pérdida de haustración⁴³ habitual del colon, dando un aspecto de agarrotamiento en forma de "manga de riego" (Olden, op.cit.).

En ocasiones se forman pólipos⁴⁴ hacia la luz del intestino a partir de la superficie mucosa; éstos se deben a la combinación de ulceraciones con regeneración de la mucosa: se denominan pseudopólipos siendo, a veces, muy numerosos. Incluso, pueden verse signos como puentes mucosos derivados de los fenómenos regenerativos (Kovalcik y Szydlowski, 1980).

Por otro lado, las estenosis (estrechamientos o constricciones de la luz del intestino) y fístulas son poco habituales. Y, la superficie serosa⁴⁵ únicamente suele mostrar congestión vascular bajo las zonas de inflamación activa (Collins, Felaman y Fortran, 1987).

⁴³ Cavidad formada por cada una de las abolladuras del colon, entre los pliegues semilunares.

⁴⁴ Es decir, estructuras que hacen protrusión, desarrollándose de forma exagerada.

⁴⁵ Líquido compuesto de agua, albúmina y diversas sales.

En la inmensa mayoría de los casos el ileon terminal es normal. Sin embargo, en algunos de los pacientes se puede producir una dilatación de varios centímetros, proximal a la válvula ileocecal. La mucosa, que no presenta pliegues, es rojiza y granulosa; sobre todo, se da en el caso de ileitis por reflujo.

El apéndice se afecta con frecuencia, aunque la inflamación lesiona exclusivamente a la mucosa y no suele producir apendicitis transmural⁴⁶.

El ano se mantiene casi siempre normal. Las anomalías, cuando existen, consisten en fisuras agudas, abscesos (acumulaciones de pus) y erosiones. No suelen observarse fístulas profundas (Whitehead, 1979).

* *Características microscópicas :*

La Colitis Ulcerosa es una enfermedad dinámica que se caracteriza por sus remisiones y exacerbaciones. La histopatología es muy variable, dependiendo de la actividad y duración de la enfermedad, así como de la zona estudiada.

⁴⁶ Afecta a todas las capas de la pared intestinal, con peritonitis.

El espectro de los hallazgos morfológicos puede dividirse en: enfermedad activa, enfermedad activa de baja intensidad y enfermedad inactiva (Willoughby, Piris y Truelove., 1979; Sleisenger y Fordtran, op.cit.; Collins, Feldman y Fordtran, op.cit.).

La enfermedad activa es determinada por la presencia de una inflamación aguda prominente. Se registra una considerable vascularización de mucosa y submucosa, con dilatación y congestión de los vasos y un edema relativamente escaso. El infiltrado inflamatorio contiene abundantes neutrófilos (carácter básico) en las criptas⁴¹ y en el epitelio de superficie. Se aprecian numerosos abscesos cripticos y pérdida de criptas así como descenso de células caliciformes. Las fases crónicas se caracterizan por la atrofia de la mucosa con destrucción de algunas criptas y la distorsión de las que aún se conservan. Las erosiones y úlceras aparecen en el seno de una mucosa que presenta estas lesiones. En tales casos, la inflamación de la mucosa supera a la submucosa.

⁴¹ Pequeños sacos o cavidades huecas en forma de dedo de guante que aparecen en la superficie de la mucosa intestinal, generalmente, con función secretoria.

En la Colitis Ulcerosa de baja intensidad los signos relacionados con la inflamación aguda son escasos. La densa infiltración de la mucosa por neutrófilos, los abscesos cripticos y el aumento de la vascularización no son tan manifiestos. Con frecuencia se observan llamativos cambios celulares en las zonas de proliferación epitelial de las bases de las criptas.

Y, la Colitis inactiva se caracteriza por la ausencia de inflamación aguda aunque puede persistir la cronicidad de la zona epitelial durante largos periodos tras haber cesado la actividad. En general, existe una atrofia de la mucosa con disminución del número de criptas y acortamiento de la distancia entre la mucosa muscular ("muscularis mucosae")⁴⁸ y la superficie epitelial. Otros signos de Colitis Ulcerosa inactiva son la metaplasia de las células de Paneth⁴⁹ del epitelio criptico, el aumento del número de mitosis epiteliales, y el engrosamiento de la mucosa muscular, sobre todo, en el recto.

⁴⁸ Estrato de fibras musculares perteneciente a la mucosa.

⁴⁹ Células en el fondo de las glándulas de Lieberkuhn (glándulas simples de la mucosa del intestino que secretan el jugo intestinal). La metaplasia de las mismas viene a ser la producción (cambio) de tejido distinto al propio.

Enfermedad de Crohn

En el caso de la Enfermedad de Crohn aludimos a las características macroscópicas, microscópicas y extraintestinales.

* Características macroscópicas :

A diferencia de la Colitis Ulcerosa y de muchas otras lesiones inflamatorias del intestino, la Enfermedad de Crohn es un proceso transmural que afecta a todas las capas de la pared intestinal, en la cual puede alcanzar espesores de 1 centímetro o mayores. El resultado es un segmento de intestino en manguera engrosada adyacente a áreas no afectadas. El proceso se extiende hasta afectar al mesenterio⁵⁰ adyacente y posteriormente a los ganglios linfáticos locales, que también quedan engrosados e hiperémicos⁵¹, formando gruesas prolongaciones de grasa mesentérica en forma de dedo sobre la superficie del intestino. Las paredes engrosadas invaden la luz que queda

⁵⁰ Repliegues peritoneales que fijan las diferentes porciones del intestino a las paredes abdominales.

⁵¹ Ganglios linfáticos compuestos por una abundancia de líquido sanguíneo.

estrechada, y ocasionan obstrucción haciendo que las áreas del intestino proximales se dilaten aún cuando no estén afectadas (Olden, op.cit.).

Debido a la obstrucción linfática y la congestión vascular, una exudación serosa favorece las adherencias entre las asas de intestino y el mesenterio, formando una masa acolchonada que, a menudo, es palpable clínicamente.

Se forman también adherencias entre el intestino y otras estructuras intraabdominales o entre el intestino y la piel. Más raramente, las adherencias de la pared abdominal posterior condicionan complicaciones locales más graves. Las profundas fisuras tan características de esta enfermedad pueden extenderse hasta estas adherencias y atravesarlas, originando fístulas⁵² que pueden ser enteroentéricas, enterocutáneas, enterovesicales, y otras veces, son fistulas ciegas (Schwarz y Blanchard, op.cit; Olden, op.cit.).

El proceso se inicia probablemente en los nódulos linfáticos submucosos con, únicamente, cambios secundarios en la mucosa, la cual queda hinchada y edematosa. Aunque la ulceración⁵³ de la mucosa es frecuente, puede no

⁵² Las fístulas pueden surgir como complicaciones en forma de abscesos abdominales y perforación libre.

⁵³ La ulceración de la mucosa puede ser de dos tipos: aftoide o lineal.

presentarse, caso en que el aspecto de la misma sea inespecífico. (Petras, Mir-Madjlessi y Farmer, 1987).

* Características microscópicas :

El cambio histológico más precoz se produce en los agregados linfoides submucosos, con ulceración de la mucosa, y el proceso inflamatorio se extiende más profundamente con el tiempo.

En caso de afectación colónica, uno de los rasgos que le distinguen de la Colitis Ulcerosa es la ausencia de atrofia en la mucosa, presencia de zonas sanas o con menos inflamación y la llamada "inflamación desproporcionada" (Sleisenger y Fordtran, 1983).

La ulceración con fisuras, descrita en los trabajos originales de Blackburn, Hadfield y Hunt, en 1939, es distintiva, pero inconstante. Son grietas lineales revestidas de células necróticas y una capa más profunda de macrófagos (fagocitos) y células inflamatorias crónicas.

La úlcera aftoide es pálida con un borde eritematoso, pudiendo ser superficial o profunda, y su evolución consiste en un aumento del tamaño del ganglio submucoso seguido de erosión de la mucosa. Y, la úlcera lineal constituye el aspecto superficial (longitudinal o transversal) de las fisuras con un aspecto de empedrado pudiendo atravesar, incluso, la mucosa muscular.

Frecuentemente se extienden no más allá de la submucosa, pero pueden penetrar más profundamente y originar las complicaciones antes mencionadas. Pueden verse también úlceras lineales en la Colitis Ulcerosa aguda y en el linfoma (tumor constituido por tejido linfático) (Whitehead en Kirsner y Shorter, 1980).

Es de gran valor diagnóstico, aunque en las biopsias convencionales es infrecuente su detección, la presencia de granulomas sin caseosis central⁵⁴, y frecuentemente las células gigantes contienen menos núcleos que los existentes en la tuberculosis o el sarcoide (infiltrado benigno no ulceroso).

El número de estos granulomas es variable, de muy ocasionales a casi confluentes. Algunos de los enfermos en quienes se forman granulomas murales también los tienen en los ganglios linfáticos regionales. Estos últimos nunca contienen granulomas si no están presentes intramuralmente⁵⁵.

Otras características histológicas inconstantes constituyen los cambios en los nervios submucosos,

⁵⁴ Degeneración caseosa, es decir, derivado de la proteína albumina producida en la digestión de la caseína (fosfoproteína).

⁵⁵ Estos granulomas pueden encontrarse en cualquier capa de la pared intestinal pero, en particular, en la submucosa y serosa.

vasculitis y ensanchamiento de la submucosa. Estos cambios pueden encontrarse en cualquier afección inflamatoria crónica del intestino (Levine, op.cit.).

En la biopsia de colon pueden verse abscesos de las criptas, aunque no tan frecuentemente como en la Colitis Ulcerosa. Cortes histológicos de áreas del intestino distante de la zona principal de congestión pueden revelar cambios inflamatorios inespecíficos demostrativos de que la enfermedad suele estar más generalizada de lo que podrían indicar las investigaciones ordinarias.

* *Características extraintestinales :*

Se describen numerosas manifestaciones extraintestinales de la Enfermedad de Crohn como las perianales, dérmicas, articulares, oculares (Morson, 1979; Hamilton en Norris, 1983).

Es frecuente la ulceración progresiva de la piel perianal con prolongaciones a la ingle y los genitales, que a menudo conduce a la cirugía anal y perianal, de mal

pronóstico en aquellos sujetos con enfermedad extensa del colon o el recto, o de ambos.

La ulceración de la piel que rodea las colostomias e ileostomias suele acompañar a enfermedad recurrente en estas zonas, y se cura con resección quirúrgica del intestino nuevamente afectado.

Las lesiones mencionadas⁵⁶ pueden demostrar histológicamente granulomas no caseosos que sirven para confirmar su relación con la Enfermedad de Crohn (Morson y Dawson, 1979).

Otras lesiones cutáneas que, generalmente, no producen tales granulomas son piodermia gangrenosa⁵⁷, eritema nudoso⁵⁸, eccema constitucional⁵⁹, y otras ulceraciones en la boca.

En el caso de las alteraciones articulares, que son las más frecuentes, pueden ser artritis o astragolia generalmente asimétricas de grandes articulaciones.

⁵⁶ Rara vez, las lesiones cutáneas lejos del intestino enfermo pueden presentarse como lesiones metastásicas, es decir, derivadas del foco primario.

⁵⁷ Lesión supurativa de la piel por putrefacción de tejido.

⁵⁸ Afección cutánea caracterizada por enrojecimiento debido a congestión de capilares; es de naturaleza tuberculosa.

⁵⁹ Afección inflamatoria de la piel que se acompaña de fiebre y prurito.

Y, por último, otras alteraciones son las oculares como la iritis, uveitis⁶⁰, episcleritis; así como alteraciones pulmonares y hepatobiliares (Hamilton, Bussey, Boitnott y Morson, 1981).

2.7.- Cuadro clínico

El cuadro clínico correspondiente a ambas enfermedades inflamatorias viene acompañado de la valoración de actividad correspondiente.

Colitis Ulcerosa

La mayoría de los enfermos sufren brotes agudos intermitentes con remisión completa entre los ataques, pero algunos llegan a mostrar síntomas continuos sin remisiones (Farmer, 1979; Sleisenger y Fordtran, op. cit.).

⁶⁰ Inflamación de la úvea (cara posterior pigmentada del iris).

Presentan forma leve el 60 por ciento de los pacientes afectados de Colitis Ulcerosa. De ellos, en el 80 por ciento la enfermedad se limita a la zona rectosigmoidea (proctosigmoiditis ulcerosa). Se manifiesta por rectorragias leves sin diarrea o por síndrome diarreico (2 a 4 deposiciones por día), con o sin sangre y, a menudo, tenesmo rectal⁶¹. Puede existir dolor abdominal poco importante y se revelan manifestaciones extradigestivas con la misma frecuencia que se suceden formas más graves de la misma.

La forma moderada representa el 25 por ciento de todas las Colitis Ulcerosas. Cursa con 4 a 6 deposiciones por día, con sangre y tenesmo. Suele ser casi constante la existencia de dolor cólico abdominal y, a menudo, fiebre no muy alta. Es frecuente la presencia de manifestaciones extradigestivas.

La forma grave o fulminante representa, únicamente, el 15 por ciento de los casos. Puede debutar con características de forma grave o puede presentarse como evolución de una forma moderada. Existe diarrea con más de 6 deposiciones por día, con abundante sangre, moco y pus. La diarrea se acompaña de tenesmo rectal, dolor cólico abdominal intenso y fiebre alta (más de 38,5°C). El enfermo

⁶¹ Deseo continuo y casi inútil de defecar.

suele estar muy postrado, con gran afectación del estado general. En la exploración suele detectarse palidez, taquicardia, hipotensión y dolor a la palpación abdominal, sin signos de peritonitis (Farmer, op.cit.).

Los exámenes de laboratorio suelen revelar: anemia hipocrómica⁶² y microcítica⁶³, leucocitosis, velocidad de sedimentación globular elevada e hipoalbuminemia (Timon, Lagnens, Terren y Celaya, 1992).

* Valoración de actividad :

Lo expuesto en el punto anterior viene reflejado, de forma sintética, en este cuadro correspondiente al índice descrito, en 1955, por Truelove y Witts (en Berk, 1987, p.1041):

⁶² Disminución del contenido de hemoglobina.

⁶³ Aumento en el número de glóbulos rojos degenerados, pequeños.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

PARAMETROS DE ACTIVIDAD	Leve	Severa
MOVIMIENTOS INTESTINALES	<4 veces	>6 veces
SANGRE EN HECES	Ocasionalmente	Todas
TEMPERATURA	Normal	38,5° grados (2-4 días)
PULSO	Normal	>90 pulsaciones por minuto
HEMOGLOBINA	Normal	<75 por ciento (gramos/dl)
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR	<30 mm/hora	>30 mm/hora

Ilustración 2: Valoración de actividad en la Colitis Ulcerosa.

Truelove y Witts (op.cit.) señalan seis tipos de parámetros de actividad en la Colitis Ulcerosa respecto a brotes leve y severo.

En el brote leve, la temperatura, el pulso y el nivel de hemoglobina se sitúan en los intervalos de normalidad. No ocurre lo mismo con el parámetro Velocidad de Sedimentación Globular que se sitúa por debajo de 30 mm/hora y por encima del intervalo de normalidad (hasta 20 mm/hora). El número de deposiciones por día no supera las cuatro presentando, ocasionalmente, sangre en sus heces.

En el brote severo, ninguno de los parámetros contempla la valores de normalidad. Concretamente, se incrementa la temperatura hasta los 38,5 grados durante unos días (2-4 días), el número de pulsaciones por minuto hasta 90, la velocidad de sedimentación globular por encima de 30 mm/hora, así como el número de deposiciones (6 ó más) con urgencia apareciendo sangre en todas ellas.

Por último, en el brote moderado de la Colitis Ulcerosa se aprecian valores que se sitúan entre ambos tipos de actividad, leve y severa.

Enfermedad de Crohn

La Enfermedad de Crohn no posee características clínicas diagnósticas, aunque un cuadro clínico particular puede ser altamente sugerente de este diagnóstico (Berk, op.cit.).

Este cuadro clínico viene determinado, fundamentalmente, por signos y síntomas como dolor abdominal, diarrea, lesiones anales, fiebre, pérdida de peso.

El dolor puede deberse a espasmo, inflamación o cólico, y es frecuente en la afectación del intestino delgado⁶⁴. Cuando se asocia con vómito significa frecuentemente obstrucción⁶⁵ subaguda o aguda de esta sección.

⁶⁴ El examen abdominal comúnmente revela una masa que puede estar constituida por asas de intestino y mesenterio o un absceso.

⁶⁵ La obstrucción intestinal puede conducir a hipersensibilidad (el organismo reacciona a agentes extraños más enérgicamente que de ordinario) por la distensión y borborismos (ruido intestinal), y si se produce perforación libre puede sobrevenir abdomen rígido silencioso, típico de una peritonitis generalizada.

La diarrea es, a menudo, de etiología mixta. La enfermedad extensa conduce a una diarrea exudativa o secretoria. El trastorno de la función celular absortiva⁶⁶ puede producir esteatorrea⁶⁷, que puede complicarse por la formación de asas ciegas y proliferación bacteriana excesiva o como resultado de fistulas enteroentéricas (trayecto entre dos porciones de intestino). Puede sobrevenir cierto grado de deficiencia de disacaridasa⁶⁸.

En general, el carácter de las heces es un reflejo del sitio y la extensión de la enfermedad, la afectación del colon distal conduce a deposiciones frecuentes con urgencia de defecación y/o tenesmo rectal. En la afectación del colon es más frecuente la presencia de sangre en heces, tanto macroscópica como microscópicamente (sangre oculta) (Admans, Worwell y Wright, 1980).

Lesiones anales y enfermedad perianal pueden asociarse con inflamación más proximales del tracto alimentario, o pueden ser una característica que precede a otros signos o síntomas en varios meses o años.

⁶⁶ En enfermedades ileales distales graves, la malabsorción de sales biliares conjugadas puede provocar diarrea por malabsorción de los mismos.

⁶⁷ Presencia de grasa en exceso en las deposiciones.

⁶⁸ Compuesto de dos hidratos de carbono que no se pueden descomponer por hidrólisis, adicción de agua, en otros más sencillos con intolerancia a la leche.

Frecuentemente, hay fiebre durante el episodio agudo, pero en ausencia de infección suele ser de bajo grado, sin picos. Si excede de 38 ó 39°C, debe sospecharse sepsis o una infección local, absceso (Berk, op.cit.).

Estos enfermos crónicos, también, muestran signos de pérdida de peso. Y, en el caso de los niños, si lo afecto es extenso pueden detectarse, incluso, retraso de crecimiento, maduración ósea y sexual.

La evolución de esta enfermedad puede describirse como impredecible⁶⁹, aunque la mayoría de estos pacientes muestran episodios sintomáticos recurrentes⁷⁰ con progresión gradual (Mayberry, Newcombe y Rhodes, 1980; Levine, op.cit; Berk, op.cit.).

Cualquiera que sea el cuadro clínico inicial, el curso posterior estará muy probablemente caracterizado por crisis recurrentes de dolor abdominal, diarrea y fiebre de

⁶⁹ La mortalidad en enfermos de Crohn no es alta (2,4 por ciento) y, en las últimas décadas está descendiendo debido, en gran parte, al avance de las técnicas quirúrgicas, un mejor control postoperatorio y un mejor manejo de las complicaciones infecciosas (Prior y cols., 1981; Berk, 1987).

⁷⁰ No obstante, existe un porcentaje bajo (10 a 20 por ciento de estos enfermos) que presenta un curso benigno (Levine, 1986).

escasa magnitud. Es de esperar que se produzca una recurrencia del proceso inflamatorio activo.

* *Valoración de actividad :*

Se han propuesto varios índices de actividad para la Enfermedad de Crohn; en 1976, aparece el Crohn's Disease Activity Index (CDAI) propuesto por el Grupo de Estudio Cooperativo de la Enfermedad de Crohn (National Cooperative Crohn's Disease Study Group) en Norteamérica.

Es un índice complejo de ocho variantes donde algunas necesitan un período de siete días de recogida de datos, y es preciso introducir un coeficiente de corrección (multiplicador) en cada una de ellas para obtener el índice resultante (Best y cols., 1976, p. 441).

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

VARIABLES	Códigos	Coeficiente multiplicador
DEPOSICIONES LIQUIDAS	número de veces	2
DOLOR ABDOMINAL	0 - no 1 - leve 2 - moderado 3 - severo	5
ESTADO GENERAL	0 - bien 1 - ligero malo 2 - malo 3 - muy malo 4 - pésimo	7
NUMERO DE COMPLICACIONES	artritis, iritis, uveitis, aftas, fiebre >38°C, eritema nudoso, pioderma, fisura, fistula, absceso	20
TOMA DE OPIACEOS/LOPERAMIDA POR DIARREA	0 - no 1 - sí	30
MASA ABDOMINAL	0 - no 1 - cuestionable 2 - definida	10
HEMATOCRITO	hombre - 47% mujer - 42%	6
% POR DEBAJO DE PESO ESTANDAR	porcentaje	1

Ilustración 3: Índice de actividad para la Enfermedad de Crohn (CDAI).

Cuando el resultado obtenido por el Crohn's Disease Activity Index (CDAI) es inferior a 150 entonces se concluye que la enfermedad está en remisión; y, si el resultado es superior a 450 significa que la actividad es severa.

En 1980, Harvey y Bradshaw (p.514) introducen el Índice Simple que consta de cinco variables de más fácil aplicación. En 1984, se publica el índice de la Organisation Mondiale of Gastroenterologie (OMGE) que es una modificación del Índice Simple de Harvey y Bradshaw.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

VARIABLES	Códigos
ESTADO GENERAL	0 - muy bien 1 - ligeramente malo 2 - malo 3 - muy malo 4 - terrible
DOLOR ABDOMINAL	0 - no 1 - leve 2 - moderado 3 - severo
NÚMERO DE DEPOSICIONES LÍQUIDAS/DÍA (OMGE)	0 - 0 deposiciones ... 5 - >10 deposiciones
MASA ABDOMINAL	0 - no 1 - dudoso 2 - definida 3 - definida y sensible
COMPLICACIONES: astralgia, eritema nudoso, uveítis, pioderma, aftas, fisura anal, fístulas nuevas, absceso	un punto por complicación

Ilustración 4: Índice Simple de Harvey y Bradshaw (OMGE).

Si el resultado obtenido de este Índice Simple es superior a 5, se deduce que la enfermedad presenta una actividad severa.

Junto a estos criterios fundamentalmente clínicos se valoran otros criterios analíticos para establecer la actividad de la enfermedad como son: Leucocitos > 10800 $1000/mm^3$, Plaquetas > 450000 $1000/mm^3$, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) > 20 mm/1ª hora, Albumina $< 3,5$ g/dl., Proteína C Reactiva (PCR) > 8 mg/dl., Alfa 1-antitripsina > 320 mg/dl., y Hierro sérico (Fe) < 40 microg./dl. entre otros (Garret y Drossman, op.cit.).

2.8.- Diagnóstico

Este apartado comprende el diagnóstico propio de la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn, así como el diagnóstico diferencial.

Colitis Ulcerosa

El diagnóstico de esta patología se realiza en base a la sintomatología clínica y a los hallazgos endoscópicos e histológicos.

La rectosigmoidoscopia⁷¹ es el método endoscópico de elección para el diagnóstico ya que en la mayoría de los casos el recto está afectado por esta enfermedad. En el resto, debe realizarse la colonoscopia (Piqué Badía, 1989).

La histología muestra atrofia glandular con pérdida de mucosecreción e infiltración inflamatoria. La alteración más característica es la presencia de abscesos de las criptas. En la Colitis Ulcerosa sólo está afectada la mucosa, estando indemne la submucosa, muscular y serosa, a no ser que se desarrolle un megacolon tóxico (dilatación colónica aguda). Este dato es de interés en el diagnóstico diferencial con la Enfermedad de Crohn (Gitnick, 1991).

⁷¹ Exploración visual del recto y sigmoide por medio del rectosigmoidoscopio (endoscopio o instrumento que se emplea para el examen visual de la superficie interna, en este caso, del intestino).

El enema opaco⁷² puede estar contraindicado en la fase de brote agudo, ya que puede empeorar los síntomas. En las fases iniciales suele observarse disminución de la haustración del colon izquierdo e irregularidades de la pared intestinal. En fases más avanzadas, estas irregularidades son más prominentes, traduciendo ulceraciones más extensas y profundas, con lo cual adoptan un aspecto de "botón de camisa". Y, en fases crónicas muy evolucionadas, el colon se aprecia acortado y muestra imágenes de pseudopólipos (Díaz-Rubio, 1989).

Enfermedad de Crohn

Diagnosticar la Enfermedad de Crohn es, a menudo, extraordinariamente difícil. Es posible que sus numerosas manifestaciones, con frecuencia vagas, no sugieran en principio el diagnóstico correcto. La clave de una identificación adecuada reside en un alto índice de sospecha que puede afianzarse por la historia clínica característica de diarrea crónica, dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso, fiebre y otros síntomas que reflejan el proceso

⁷² Solución de bario para la radioscopia o radiografía.

inflamatorio y fibrótico subyacente (Admans, Worwell y Wright, op.cit.).

Si se cuenta con una historia de problemas perianales, tales como fisuras, fistulas o abscesos, o de manifestaciones extraintestinales en piel, ojos o articulaciones, aumenta la probabilidad de que se trate de esta enfermedad. Otros datos que apoyan este diagnóstico son un aspecto pálido y frágil, compatible con una enfermedad crónica, o la presencia de una masa abdominal o de dolor a la palpación, fistulas cutáneas u otras complicaciones (Admans, Whorwell y Wright, op.cit.). En los enfermos jóvenes, especialmente, la sospecha se afianza aún más si existen signos de retraso del crecimiento o de desarrollo insuficiente de los caracteres sexuales secundarios.

El diagnóstico se realiza por la suma de criterios clínicos, radiológicos y anatomopatológicos (Hill, Kent y Hansen, 1979; Sleisenger, 1986; Gutierrez Roderio y García Díaz, 1990) :

- Radiología: En la última asa ileal se suelen observar las válvulas engrosadas, rígidas y desorganizadas y, a veces, con formación de pseudodivertículos⁷³. En fases más

⁷³ Especie de apéndice hueco en forma de bolsa o saco.

avanzadas las paredes pueden estar rígidas y la luz estrechada (estenosada).

En la afectación colónica, los segmentos involucrados suelen ser discontinuos y separados por zonas de intestino indemne. Las zonas afectadas pueden mostrar desde simples irregularidades del contorno, hasta ulceraciones de disposición diversa que confieren el típico aspecto de empedrado. En fases avanzadas, pueden observarse segmentos estenosados, con aspecto de tira de algodón deshilachado, alteración que es conocida como "el signo de la cuerda". Pueden observarse signos indirectos de engrosamiento del mesenterio y la papilla baritada puede poner de manifiesto la existencia de fistulas.

La ecografía¹⁴ y la tomografía axial¹⁵ son técnicas útiles para detectar abscesos y engrosamiento del mesenterio.

- Endoscopia: El aspecto endoscópico característico es el de úlceras aftoides o serpiginosas (semejantes a las aftas), de

¹⁴ Obtención de imágenes diagnósticas en dos dimensiones por recepción de ecos rebotados de ondas ultrasónicas.

¹⁵ Se denomina, concretamente, Tomografía Axial Computerizada (TAC); es una técnica radiológica basada en la reconstrucción matemática de los tejidos orgánicos a través del análisis cuantitativo de las densidades elementales de dichos órganos.

pequeño tamaño y rodeadas de mucosa sana o ligeramente hiperémica. Así como ulceraciones amplias, profundas, a veces serpiginosas (cicatrizando por un extremo y progresando por el otro, rastreando), dando un aspecto de mucosa en empedrado. De todas formas, a menudo el aspecto endoscópico no es tan concluyente y puede ser difícil su distinción con la Colitis Ulcerosa cuando se examina el colon, o con otros procesos inflamatorios o neoplásicos (tumoraes) cuando se examina el intestino delgado por medio de la yeyunoscopia.

- Pruebas de laboratorio: Es frecuente la detección de anemia ferropénica debida a pérdidas crónicas de sangre por heces. En ocasiones, la anemia puede ser macrocítica (tamaño grande de célula) por déficit de absorción de vitamina B12 (Cobalamina), en casos de ileitis terminal. En las exacerbaciones agudas de la enfermedad existe leucocitosis y elevación de la Velocidad de Sedimentación Globular (VSG), junto con reactantes de fase aguda como son Trombocitosis¹⁶ y elevación de la Proteína C Reactiva (PCR) y Alfa-1 Antitripsina. La hipoproteinemia es frecuente, debida a la malabsorción o a pérdidas proteicas por heces. En casos de afectación difusa del intestino delgado pueden estar alteradas todas las pruebas específicas de malabsorción.

¹⁶ Se basa en el aumento del número de plaquetas sanguíneas.

2.8.1.- Diagnóstico diferencial

Las manifestaciones clínicas y los modos de presentación de estas enfermedades al igual que la lista de patologías que pueden considerarse en el diagnóstico diferencial es virtualmente interminable. Por consiguiente, me ciño exclusivamente a la diferenciación entre ambas, Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

Mientras que la Colitis Ulcerosa se encuentra limitada al colon y al recto, la Enfermedad de Crohn presenta mayores dificultades para el diagnóstico diferencial.

Si la instalación de la Colitis de Crohn es brusca y el paciente se presenta con diarrea aguda y sangre en las heces es necesario excluir las mismas etiologías específicas de colitis aguda. Estas causas microbianas específicas incluyen especialmente la "Shigelosis", colitis aguda provocada por "Campylobacter yeyuni" y disentería amebiana aguda. La diarrea sanguinolenta tiende a aparecer tardíamente en el curso de la Enfermedad de Crohn. En verdad, ésta muy frecuentemente comienza de forma insidiosa

con diarrea no sanguinolenta, dolor abdominal inferior habitualmente de tipo cólico y fiebre de escasa magnitud (Hamilton, 1983; Zuckerman y Briones, op. cit.).

Los antecedentes de la presencia de fistulas y abscesos perianales son más comunes en la Enfermedad de Crohn que afecta al colon que en la Colitis Ulcerosa.

También, en la Enfermedad de Crohn colónica son más habituales los síntomas prolongados con fiebre de bajo grado, malestar y debilidad general. El paciente a menudo revela una anemia microcítica debido a la pérdida crónica de sangre oculta. Por el contrario, el que padece Colitis Ulcerosa inicialmente muestra un cuadro agudo en el que predomina la diarrea sanguinolenta y los síntomas sistémicos son mucho menos marcados. Sin embargo, como es fácil imaginar, existe una considerable superposición de elementos en los modos de presentación de estas dos enfermedades.

Los hallazgos proctoscópicos y radiológicos ayudan en la diferenciación entre ambas, al documentar la distribución de la enfermedad en el colon así como la naturaleza de lesión colónica.

La proctoscopia es útil en relación a la lesión inflamatoria que se extiende a través de todo el recto en la mayoría de los casos de Colitis Ulcerosa, mientras que en la Colitis de Crohn, el recto aparece macroscópicamente normal en, aproximadamente, la mitad de estos pacientes. Además, el aspecto proctoscópico es considerablemente distinto en ambas entidades: en la Colitis Ulcerosa, la mucosa está más o menos uniformemente afectada por una lesión difusa y friable (desmenuzable) en la cual la totalidad de la misma aparece sembrada de numerosas excrecencias (tumorações paraformes), en cambio, en la Colitis de Crohn la mucosa presenta un aspecto más engrosado, usualmente no es difusamente friable y frecuentemente muestra la presencia de ulceraciones discretas redondeadas de tipo lineal o serpiginosas separadas por una mucosa de aspecto normal. En la Enfermedad de Crohn es posible observar la presencia de lesiones salteadas mediante la sigmoidoscopia⁷⁷, mientras que en la Colitis Ulcerosa el proceso patológico es casi siempre continuo (Berk, op.cit.).

⁷⁷ La ausencia de compromiso rectal determinada mediante el enema de bario (opaco) no es de ayuda diagnóstica dado que los estudios de contraste habituales fracasan al documentar la presencia de enfermedad rectal en aproximadamente 5 a 10 por ciento de enfermos con Colitis Ulcerosa. Por lo tanto, la única manera de saber con certeza si el recto se encuentra afectado o no es mediante la sigmoidoscopia (Conn, 1983).

El hallazgo de granulomas discretos en la mucosa muscular es un elemento que orienta firmemente hacia el diagnóstico de Enfermedad de Crohn (Conn, op.cit.).

En general, el aspecto radiológico de las lesiones es de menor ayuda en la diferenciación entre Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa que la distribución de las lesiones. De todas modos, la presencia de ulceraciones lineales confluyentes que penetran profundamente en la pared colónica, de tractos sinusales, fístulas y abscesos pericólicos indica la existencia de un proceso patológico transmural y es, por lo tanto, característica de la Enfermedad de Crohn más que de la Colitis Ulcerosa.

Cuando el proceso inflamatorio está confinado en el colon y en el recto, la enfermedad de Crohn puede distinguirse de la Colitis Ulcerosa solamente en un 70 a 75 por ciento de los enfermos en base a los hallazgos clínicos, radiológicos, proctoscópicos y de biopsia. En un 10 a 18 por ciento, la Enfermedad Inflamatoria Intestinal debe ser considerada "indeterminada" (Eyer, Spadaccini, Walker, Ansel, Schwartz y Sumner, 1980; Berk, op.cit.).

2.9.- Complicaciones del cuadro clínico

Las complicaciones del cuadro clínico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal se refieren a la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn.

Colitis Ulcerosa

El megacolon tóxico⁷⁸, una de las consecuencias más importantes de esta enfermedad, se considera que existe cuando la radiografía simple de abdomen muestra dilatación del colon transversal de más de 6 centímetros. Su frecuencia es de 1 a 2,5 por ciento de todos los casos de Colitis Ulcerosa y se desarrolla siempre en el transcurso de un brote grave. Clínicamente se manifiesta por gran postración del paciente, fiebre muy alta (más de 39°C), taquicardia, signos de deshidratación, dolor y distensión abdominal (Rao, Read, Brown, Bruce y Holdsworth, 1987).

⁷⁸ Dilatación aguda de todo el colon o un segmento amplio del mismo.

Otra de las complicaciones es la perforación del colon que puede presentarse asociada o no a megacolon tóxico, o como consecuencia de la realización de un enema opaco en el transcurso de un brote agudo. Se caracteriza por la aparición de signos de peritonitis y suele apreciarse un neumoperitoneo⁷⁹ en la radiografía simple de abdomen (Berk, op.cit.).

La hemorragia masiva, por otro lado, es una complicación infrecuente a no ser que exista un trastorno de la coagulación concomitante.

Asimismo, la estenosis colónica que es debida a la fibrosis, secundaria a los procesos inflamatorios agudos y repetitivos. Aparece entre el 5 y 10 por ciento de los casos.

La neoplasia, cáncer de colon, es mucho más frecuente entre pacientes afectados de esta enfermedad que en la población general. El riesgo es mayor en aquéllos con pancolitis (todo el colon) y, en los que la enfermedad debuta en edades tempranas junto con una evolución superior a los 15 años (Miquel Mari, 1990).

⁷⁹ Presencia de aire o gases en la cavidad peritoneal.

Enfermedad de Crohn

La complicación más habitual es la obstrucción intestinal, que se presenta en una tercera parte de los casos, ocasionada por la estenosis del segmento afectado; menos frecuente resulta la perforación de la cavidad peritoneal libre. Y los abscesos, por un lado, intraperitoneales son generalmente submesocólicos, por otro, extraperitoneales se localizan en las zonas perianales o perirrectales (Grieco, Bordan, Geiss y Beil, 1980).

Pero, a la vez, se distingue la aparición de fístulas como aquella complicación que resulta tanto más común cuanto mayor actividad muestre la enfermedad. Las fístulas internas se localizan entre asas intestinales mientras que las externas discurren desde el asa enferma hasta la piel, las vías urinarias o, incluso en la mujer, la vagina (Díaz Rubio, op.cit.).

El megacolon tóxico es menos frecuente en la Enfermedad de Crohn que en la Colitis Ulcerosa (Sleisenger y Fordtran, op.cit.).

La hemorragia digestiva severa es inusual en esta enfermedad, pero su presencia puede poner en peligro la vida del enfermo. Es más común en la afectación colónica.

Hay un riesgo elevado de cáncer en sujetos con enfermedad de larga evolución aunque su exacta frecuencia se desconoce actualmente; únicamente, se constata una mayor frecuencia con respecto a la población general (Miquel Mari, op.cit.).

2.10.- Medidas terapéuticas específicas

Las medidas terapéuticas van encaminadas a procurar la desaparición o mejora de síntomas de los brotes, o intentar mantener la remisión clínica el mayor tiempo posible.

2.10.1.- Tratamiento farmacológico

Por un lado, la salazopirina (salazosulfapiridina)⁸⁰ cuyas indicaciones para su utilización son inducción de remisión (brotes leves y moderados) y como mantenimiento de la misma.

El salicilato, otro de los compuestos, que se introduce en el tratamiento de estas enfermedades al conocerse que la fracción sulfapiridina es la responsable de la mayoría de los efectos secundarios y que el ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) o mesalazina lo es de los terapéuticos. Una vez que éste alcanza la mucosa intestinal dañada, actúa localmente reduciendo la producción de un potente mediador de la inflamación (Leucotrieno B4) al alterar el metabolismo de su precursor el ácido araquidónico. Se atribuyen las mismas indicaciones que en la salazopirina (Van Hees, Bakker y Van Tongerem, 1980; Klotz, Maier, Fisher y Heinkel, 1980; Orland y Saltman, 1986).

⁸⁰ Compuesto diazoico de ácido acetil salicílico y sulfapiridina desarrollado por Svarts en 1942 (Velasco Martín, 1991).

Un tercer compuesto son los corticoides⁶¹ (corticosteroide) que es eficaz en el mantenimiento de remisión (tras mejora del brote). Cuando se utiliza durante períodos prolongados puede producir efectos secundarios graves (osteoporosis) aunque, en la actualidad se está ensayando con buenas expectativas una nueva generación que carece de ellos (budesonida, tixocortol, beclometasona) (Velasco, Dueñas y Alvarez, 1987).

Los inmunosupresores, otro grupo de fármacos, que actúa inhibiendo o regulando la respuesta inmune y cuyo resultado final es la reducción de la actividad inflamatoria. Los más utilizados son: azatioprina, y su metabolito activo 6-mercaptopurina, hetotrexate y ciclosporyna-A⁶² (Peppercorn, op.cit.). Este compuesto es eficaz en la inducción de remisión en enfermos con brote refractario al tratamiento con esteroides y en el mantenimiento de la remisión en estos pacientes una vez

⁶¹ Constituye el principal tratamiento en el brote de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal desde que, en 1954, Truelove y Witts demostraran su eficacia en la Colitis Ulcerosa. En 1958, Truelove y Watkinson comprueban que el tratamiento local con enemas de hidrocortisona también es efectivo cuando se encuentra afectado el sigma.

⁶² La ciclosporyna se ha utilizado en sujetos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal refractaria a tratamiento esteroide con resultados similares a la Azatioprina ó 6-Mercaptopurina, aunque la tasa de recidiva tras la supresión del tratamiento es importante. Produce un inicio de acción más rápido que la Azatioprina pero puede presentar efectos secundarios (hiperglucemia, hipertensión arterial, insuficiencia renal) (Peppercorn, op.cit.).

conseguida ésta. Su utilización requiere un control estricto por sus efectos secundarios que, aunque poco frecuentes, pueden ser serios (pancreatitis, infecciones, desarrollo de tumores) (Present, 1990).

Otras medidas terapéuticas son, por un lado, el metronidazol⁸³ que se utiliza en la enfermedad perianal requiriendo dosis altas durante tiempo prolongado con posibilidad de efectos secundarios como intolerancia digestiva (Peppercorn, op.cit.); por otro lado, el cromoglicato⁸⁴ está indicado para aquellos casos que no responden a esteroides y sin que, en su uso a largo plazo, aparezcan los efectos secundarios de los corticoides.

Colitis Ulcerosa

La Colitis Ulcerosa presenta una sintomatología en sus brotes que se puede clasificar, fundamentalmente, en tres tipos de formas: grave, moderada y leve.

⁸³ Compuesto antibacteriano de amplio espectro que se introduce, en 1975, en el tratamiento de la Enfermedad de Crohn (Peppercorn, op.cit.).

⁸⁴ Se utiliza, por primera vez, con la idea de que las exacerbaciones agudas de la Colitis Ulcerosa se debieran a reacciones de hipersensibilidad. Grace, Gent y Hellier tras comparar los resultados terapéuticos de los enemas de prednisona (esteroides) con los de Cromoglicato disódico, en 1987, concluyen que los de este último se deben indicar en aquellos casos en que no se responde a esteroides (Peppercorn, op.cit.).

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

TRATAMIENTO MÉDICO	COLITIS ULCEROSA		
	<i>Grave</i>	<i>Moderada</i>	<i>Leve</i>
CORTICOIDES	1-1,5 mg/kg/día	40 mg/día	-----
SALAZOPIRINA	-----	+ 4-8 g/día	4-8 g/día
SALICILATOS	-----	0 2-4 g/día	0 2-4 g/día

Ilustración 5: Tratamiento farmacológico propio de la Colitis Ulcerosa.

En las formas graves, el tratamiento básico consiste en administrar corticoides por vía parenteral a dosis de 1 a 1,5 miligramos por Kilogramo y día. También se asocian corticoides locales en forma de enemas de hidrocortisona en 120 centímetros cúbicos de suero fisiológico dos veces al día. Es aconsejable emplear un antibiótico de amplio espectro si existe fiebre, taquicardia, sensibilidad abdominal, disminución de ruidos intestinales o dilatación cólica. Si hay remisión se dan los

corticoides vía oral, disminuyendo progresivamente y retirándolos si la clínica lo permite en 1 ó 2 meses (Sack y Peppercorn, 1983; Velasco Martín, op.cit.).

Si no hay respuesta a los corticoides administrados por vía parenteral en 6 días, puede prolongarse este tratamiento de 3 a 6 días más, incluso a dosis dobles antes de indicar la cirugía.

Las formas moderadas tienen mejor pronóstico. Las complicaciones de la fase aguda pueden darse pero son poco frecuentes. Se tratan, generalmente, de forma ambulatoria con una única dosis matinal de 40 miligramos por día de cortisona, un enema nocturno de hidrocortisona y 4 a 8 gramos por día de salazopirina ó 2 a 4 gramos por día de mesalazina (Schwartz, Targan, Saxon y Weinstein, 1982; Sutherland y cols., 1987).

A partir de una respuesta favorable, se comienza a disminuir la dosis de corticoides de acuerdo a la pauta anterior, hasta suspenderlo a los dos meses, dejando una dosis de mantenimiento con salazopirina o salicilatos.

Si en 15 días no se obtuviera ninguna respuesta, se realizará tratamiento hospitalario con corticoides parenterales⁸⁵ como en las formas graves.

Las formas leves se tratan ambulatoriamente con salazopirina 4 a 8 gramos por día o mesalazina 2 a 4 gramos por día y enemas de esteroides o mesalazina. Si no hay respuesta satisfactoria se pasa a la pauta de las formas moderadas (Orland y Saltman, 1986).

En los casos de proctitis y proctosigmoiditis ulcerosa, el tratamiento puede realizarse con salazopirina, salicilatos orales o enemas, corticoides en enemas o pomadas de hidrocortisona.

En relación a la profilaxis de las recaídas⁸⁶, los corticoides a dosis con escasos efectos secundarios no son eficaces. Sí es efectiva la salazopirina utilizándose a dosis de 2 gramos por día y de forma indefinida. También son útiles los salicilatos (Passmore y Robson, 1974; Gutierrez Rodero y García Díaz, op.cit.).

⁸⁵ Se administran, en este caso los fármacos, por vía distinta de la digestiva o intestinal.

⁸⁶ Los enemas de ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) son seguros y efectivos en la profilaxis de la recaída. Las dosis son de 2 a 4 gramos por enema y se emplean de 24 a 48 ó 72 horas.

Enfermedad de Crohn

La valoración de los sujetos con dicha enfermedad está menos sistematizada que en la Colitis Ulcerosa, incluyendo en la misma los siguientes parámetros: criterios de actividad, tiempo de evolución, localización, extensión y presencia o ausencia de complicaciones (estenosis, fístulas, abscesos y perforación) (Velasco, Dueñas y Alvarez, op.cit.; Peppercorn, op.cit.).

No obstante, atendemos a la clasificación antes mencionada en cuanto a formas: grave, moderada y leve.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

TRATAMIENTO MÉDICO	ENFERMEDAD DE CROHN		
	Severa Ileales / Cólicas	Moderada Ileales / Cólicas	Leve Ileales / Cólicas
CORTICOIDES	1-1,5mg/kg/día -----	1-1,5mg/kg/día -----	1-1,5mg/kg/día -----
SALAZOPIRINA	----- 4-6 g/día	----- 4-6 g/día	----- 4-6 g/día
SALICILATOS	ó ----- 4-5 g/día	----- -----	----- -----

Ilustración 6: Tratamiento farmacológico propio de la Enfermedad de Crohn.

Las formas graves engloban a los enfermos con notable deterioro del estado general o sintomatología muy florida, con formas difusas o múltiples o con alguna complicación que pueda precisar, precozmente, de la cirugía.

El tratamiento es hospitalario, con las medidas de orden general que procedan según la situación clínica, y

antes de comenzar con el tratamiento médico específico, se descartará radiológicamente la existencia de abscesos, y si no hay sepsis de origen abdominal y los hemocultivos son negativos, se suministran de 1 a 1,5 miligramos por Kilogramo y día de cortisona; si hay respuesta se facilita por vía oral, y tan pronto como sea posible, se va disminuyendo la dosis de esteroides (Peppercorn, op.cit.).

En las conformaciones cólicas e ileocólicas, la salazopirina a dosis de 1 gramo por cada 15 kilogramos y día es eficaz. La mesalazina puede ser útil en las mismas localizaciones que la salazopirina aunque, para ello, se deben proporcionar dosis de 4 a 5 gramos por día (Klotz, Maier, Fisher y Heinkel, op.cit.).

Si no hay mejoría, se ensaya la azatioprina (3 miligramos por kilogramo y día) o la 6-mercaptopurina (1,5 miligramos por kilogramo y día), evitándose de esta forma la cirugía en un 90 por ciento en las localizaciones cólicas, estando indicado el tratamiento quirúrgico si fallan los inmunosupresores.

El tratamiento, en las formas moderadas y leves, puede ser ambulatorio u hospitalario. En las disposiciones

cólicas se prescribe de 4 a 6 gramos por día de salazopirina, y en las ileales, la cortisona de 1 a 1,5 miligramos por kilogramo y día que se suspende a los 2 ó 3 meses si hay remisión, ya que no es efectiva para prevenir las recaídas (Gutierrez Rodero y García Diaz, op.cit.).

En la Enfermedad de Crohn perianal, los abscesos y fístulas perianales requieren fundamentalmente cirugía, aunque hay buenos resultados con metronidazol (20 a 30 miligramos por kilogramo y día) y 6-mercaptopurina (1,5 miligramos por kilogramo y día).

En relación a la terapia de mantenimiento, el 76 por ciento de los enfermos que responden a los corticoides necesitan una terapia de este tipo, con dosis más bajas y en períodos no menores a 4 meses. Si se requiere mayor cantidad de corticoides, pueden asociarse los inmunosupresores a la dosis señalada, pero si no hay respuesta se indica la cirugía (Summers y cols., 1979; Gitnick y cols., 1991).

Finalmente, la profilaxis de las recaídas. En los casos en que la sintomatología no aparezca tras retirar los corticoides y, por tanto, no haya que instaurar un

tratamiento de mantenimiento, el único fármaco eficaz es la Azatioprina a dosis de 2 miligramos por kilogramo y día, administrada de 6 a 12 meses, sopesando la relación riesgo/beneficio antes de indicarla.

2.10.2.- Tratamiento quirúrgico

Las indicaciones de cirugía en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal se deben, por un lado, a complicaciones que pueden ser, o bien, graves que precisan intervención urgente, o bien, a largo plazo o, por otro lado, ante una falta de respuesta a la terapia médica convencional en la fase crónica (Dyer, 1978; Buckell, Williams, Bartram y Lennard-Jones, 1980; Díaz Rubio, op.cit.).

Las indicaciones quirúrgicas en la Enfermedad de Crohn pueden ser: perforación libre, megacolon tóxico, hemorragia masiva, fracaso del tratamiento médico, abscesos, fístulas internas y externas refractarias a tratamiento médico, carcinoma asociado, episodios recurrentes de obstrucción intestinal, complicaciones perianales

refractarias al tratamiento médico y a la cirugía local. Y, en la Colitis Ulcerosa: formas crónicas activas refractarias al tratamiento médico, carcinoma de recto o colon, displasia⁸⁷ positiva "de alto grado", perforación libre, megacolon tóxico, hemorragia masiva.

Aunque las indicaciones y las técnicas quirúrgicas tengan muchas similitudes en ambas enfermedades, existen diferencias que se deben a diversas razones (Pemberton, 1983; Sleisenger y Fordtran, op.cit):

En primer lugar, las múltiples formas de combinarse las localizaciones en la Enfermedad de Crohn, hacen que ciertas complicaciones (obstrucción intestinal, fístulas) sean más frecuentes y que los supuestos quirúrgicos sean distintos en la Colitis Ulcerosa;

En segundo lugar, la cirugía en la Colitis Ulcerosa constituye un tratamiento general, ya que es curativo, mientras que en la Enfermedad de Crohn es local, ya que no es curativo sino que trata simplemente las complicaciones.

⁸⁷ La porción de intestino afectada presenta un carácter físico de degeneración; anomalía de desarrollo en su tejido.

Y, en tercer lugar, las recurrencias no existen en la Colitis Ulcerosa que es el principal problema de la cirugía en la Enfermedad de Crohn. Según el tipo de intervención y el lugar afectado puede haber una mayor o menor probabilidad de recurrencias.

2.11.- Resumen

La descripción de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal tiene como base la cronicidad que contempla un curso progresivo, permanente y recurrente que exige a este tipo de paciente, ya sea enfermo de Crohn o Colitis Ulcerosa, un abanico de ajustes en su globalidad.

Estos ajustes, por un lado, dependen de determinados escenarios (shock, negación, lamentación) y, por otro, vienen marcados por diversos temores (muerte, incapacitación, dolor, abandono).

No obstante, conviene discernir entre los distintos factores determinantes (etiológicos, recurrentes, consecuentes, adhesión al tratamiento) de la Enfermedad a

fin de ubicar convenientemente cada uno de los agentes o componentes (bacterias, estrés) y sus respectivos efectos tanto biofísicos como psicoemocionales.

En cualquier caso, los **perfiles** de ambas patologías aprecian analogías y diferencias propias de su historia, epidemiología, anatomía patológica, cuadro clínico, diagnóstico, complicaciones (consecuencias).

Esta aparente contradicción referida a la misma Enfermedad Inflamatoria Intestinal enriquece en el propio paciente un afrontamiento personal sustentado por un enfoque multidisciplinar en el que, indefectiblemente, van unidas medidas terapéuticas específicas.

CAPÍTULO 3

3.- POSICIONAMIENTO ANTE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA

En este capítulo exponemos los principales posicionamientos, fruto de la investigación clínica, referidos a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

3.1.- Evolución general de principales concepciones en relación a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

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, 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 otros como Mendeloff y Feldman sostienen que es una condición puramente fisiológica (Zuckerman y Briones, 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 (Engel, 1967 en Murray, J., 1984; Hornsby, 1970; Drossman, 1989).

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 y Schuster, 1982; Riley, y cols., op.cit.).

PRINCIPALES PERSPECTIVAS RELATIVAS A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	Autores destacados	Fundamento básico
PSICOSOMÁTICA	C.Murray, Paulley, Hislop, Alexander, Engel, Sullivan, Groen,	Relación estrecha entre alteraciones psíquicas y actividad de enfermedad.
FISIOLÓGICA	Feldman, Mendeloff, Siegal Asakura, Kadish, Brignola, Wright	La medición de la actividad de enfermedad viene determinada por los datos clínicos y de laboratorio. Resulta difícil la evaluación de factores psicológicos.
ETIOLÓGICA MULTIFACTORIAL	Whybrow, Drossman, Lipton, Kane, Sutherland, Verhoef, Mitchell	La etiología de esta enfermedad sugiere una interacción de múltiples factores: infecciosos, ambientales, genéticos, inmunológicos.
INDETERMINADA	Whitehead, Acheson, Wiener, Schuster, North, Allan, Keighley	Se establecen correlaciones, asociaciones, conexiones entre diversos factores: físicos, psicológicos, sociales. No se contemplan las relaciones de causa y efecto.

**Ilustración 7: Evolución de principales concepciones en relación a la
Enfermedad Inflamatoria Intestinal.**

3.1.1.- Perspectiva psicosomática

Murray, en 1930, emprende un estudio descriptivo conforme a la biografía y desarrollo de síntomas en enfermos de Colitis Ulcerosa. Una vez finalizado éste, concluye que hay una clara asociación entre la ocurrencia de un trastorno emocional y el comienzo de los síntomas de la enfermedad. Añade que los conflictos mentales que tienen que ver con el matrimonio constituyen las causas más frecuentes de ansiedad en estos sujetos. Incluso, sugiere que estas personas afrontan los problemas de manera inadecuada e infantil (Murray, C. en Olden, op.cit.).

Alexander, después de publicados los artículos de Murray, traza las causas emocionales de la Colitis Ulcerosa incluyéndola entre las enfermedades psicosomáticas clásicas. Y, Brown, Preu y Sullivan aceptan su posicionamiento, es decir, la inmadurez emocional es característica de estos pacientes (Fishler y Fogel, 1973).

En los primeros modelos psicosomáticos, por ejemplo, Paulley y Alexander, se presta considerable

atención al estrés psicológico, a pesar de fracasar en la subsiguiente investigación de Mendeloff y Monk, entre otros, como factor etiológico (Duffy y cols., op.cit.).

Kirsner, Palmer, Maimon y Ricketts reconocen que estresores emocionales frecuentemente preceden al comienzo de la Colitis Ulcerosa (en Murray, J., op.cit.). Y, posteriormente Kirsner, en 1970, asiente que los trastornos emocionales son comunes en aquellos que sufren de esta enfermedad; indudablemente, contribuyen a la cronicidad, y/o la severidad de los ataques (brotes).

Asimismo, Groen ratifica el estrés emocional como la causa de la recaídas⁸⁸ propias de esta enfermedad⁸⁹ (en Riley, Mani, Goodman y Lucas, op.cit.).

En cualquier caso, tanto Groen como Engel insisten en que la Colitis Ulcerosa es una enfermedad psicosomática (North, Clouse, Spitznagel y Alpers, op. cit.).

⁸⁸ Se sabe que la mayoría de estos sujetos lleva un curso de recaídas; la razón por la cual tales recaídas ocurren, aún, permanece desconocida.

⁸⁹ Incluso, algunos van más allá subrayando que esta enfermedad presenta una alta incidencia de psicopatología (McKegney, Gordon y Levine, 1970; Andrews, Barczak y Allan, 1987) frente a los que opinan que los diagnósticos psiquiátricos no son más comunes en Colitis Ulcerosa que en grupos control (Heltzer, Stillings, Chammas, Norland y Alders, 1982; Sloan, Bargin y Gage en Murray, J., 1984; Mendeloff, Monk y Lilienfield en Carol y cols., 1990).

En la misma línea, West (1970) realiza un estudio de investigación para determinar si personas con Colitis Ulcerosa pueden ser diferenciadas en relación a variables del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) de personas con otras enfermedades psicosomáticas. E interpreta los resultados de este estudio indicando que las personas con Colitis Ulcerosa presentan trastornos psicológicos significativamente menores que los sujetos del grupo control⁹⁰. Este grupo manifiesta mayor desajuste, inquietud en las relaciones interpersonales, autoduda y autoinfravaloración.

Apoyando esta perspectiva se encuentra, también, Hislop (1974) que examina la relación entre la incidencia de crisis vitales y el comienzo de síntomas de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. La muestra⁹¹ está constituida por pacientes diagnosticados de Colitis Ulcerosa o Enfermedad de Crohn que presentan una evolución de, al menos, dos años. Mide la frecuencia de importantes sucesos vitales como la muerte de un miembro de la familia, matrimonio, divorcio,

⁹⁰ El grupo control está constituido por personas con enfermedades como hipertensión, acné y anorexia nerviosa (En este estudio se controlan las variables extrañas y los sujetos son muy similares en relación a variables demográficas; Sin embargo, no señalan los efectos de la enfermedad crónica en la personalidad del sujeto).

⁹¹ Se incluye un grupo control de sujetos no enfermos que se divide, igualmente, por edad, sexo y estado civil.

parto y migración, ocurridos durante el periodo precedente de doce meses, en cada sujeto. Y, los resultados demuestran que el número total de estos sucesos en el grupo de pacientes es significativamente mayor que en el grupo control⁹². Esto sugiere que los sucesos mencionados y la conducta con que dichas personas hacen frente a los mismos puede contribuir al desarrollo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

En definitiva, tensión y estrés se citan en muchas de las tempranas evaluaciones psiquiátricas y psicológicas de pacientes, sobre todo, con Colitis Ulcerosa⁹³ (Karush, Daniels, O'Connor y Stern, 1968; Grace, Wolf y Wolf, y Titchener, Riskin y Emerson, ambos, en Murray, J., op.cit.).

Las enfermedades de síndromes específicos como la Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa, Dispepsia, y Úlcera Péptica, frecuentemente se citan en asociación con factores psicológicos⁹⁴ (estrés, ansiedad, depresión, activación emocional - temor -, características de personalidad -

⁹² La incidencia de vidas estresadas antes del comienzo de síntomas es dos veces mayor en pacientes de Colitis Ulcerosa que en los clasificados como grupo control (Paul y Hislop, 1974).

⁹³ Es lógico pensar esto si tenemos en cuenta que la Colitis Ulcerosa es descrita en 1875 y la Enfermedad de Crohn en 1932; es decir, el número de investigaciones es sensiblemente mayor en el primer caso, sobre todo, en la primera mitad del Siglo XX.

⁹⁴ Factores emocionales que afectan al apetito, acciones como el comer, tragar, y a funciones digestivas y de eliminación.

hostilidad, irritabilidad, escasa habilidad de afrontamiento -, conducta dependiente) (Alexander, 1987).

3.1.2.- Perspectiva fisiológica

Tanto Feldman como Mendeloff sostienen que la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, y fundamentalmente, la Colitis Ulcerosa, es una condición puramente fisiológica (Mendeloff y cols., 1970; Feldman y cols., 1967 en North, Clouse, Spitznagel y Alpers, op.cit.).

Espasmos y estrechamiento de un segmento inflamado del intestino, dolor y diarrea se mencionan, frecuentemente, como síntomas de la Colitis Ulcerosa. Los síntomas de ambas enfermedades, Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa se superponen y representan, repetidamente, dos perfiles de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Glotzer, Gardner, Goldman, Hinrichs, Rosen y Zetzel, 1970; Falchuk, Perroto y Isselbacher, 1975).

El comienzo de la Colitis Ulcerosa es más agudo que el de la Enfermedad de Crohn pero puede comenzar, también, de forma gradual. La implicación extensiva del colon suele ser pronóstico de serias condiciones ulcerativas (Buckell, Williams y Lennard-Jones, 1980).

Autores como Asakura y Kirsner enumeran las siguientes etiologías médicas para la Colitis Ulcerosa: agentes infecciosos, endotoxinas, enzimas destructivos, trastornos vasculares, desequilibrio del Sistema Nervioso Autónomo (S.N.A.), y trastornos inmunológicos (Passmore y Robson, op.cit.; Asakura y cols., 1982; Kirsner y shorter, 1982).

En general, la actividad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, inicialmente, se mide solamente por parámetros fisiológicos. El primer intento de desarrollar un index sobre actividad de enfermedad es el criterio desarrollado por Truelove y Witts (en Olden, op.cit.); este index se diseña para medir la respuesta de Colitis Ulcerosa a los corticosteroides descubiertos recientemente. Y, a éste le sigue el Crohn's Disease Activity Index (CDAI) desarrollado por consenso de la National Cooperative Crohn's

Disease Study Group (Best, Beckett, Singleton y cols., 1976).

Estos y otros índices confían notoriamente en la presencia de descubrimientos, de laboratorio y clínicos, objetivos tales como sangrado rectal y presencia o no de complicaciones perianales (Harvey y Bradshaw, op.cit.; Van Hees, Van Elteren y Van Lier, 1980; Wright, Maules y Parfitt, 1985; Kambe y cols., 1986; Sandler, Jordan y Kupper, 1988).

Particularmente, la motilidad colónica aparentemente difiere en la Colitis Ulcerosa de los modelos de sujetos sanos (Brobeck, 1978). Aunque el estrés emocional puede influir sobre el colon a través del sistema parasimpático sacral⁹⁵, sin embargo, en este estudio la estimulación emocional no consigue alterar dicha motilidad (Furtado, 1976).

Muchos investigadores examinan, además, el reflejo peristáltico⁹⁶ (Furness y Costa, 1982; Cooke, 1986); Otros, a

⁹⁵ Constituye esa parte del Sistema Nervioso Autónomo que controla los movimientos colónicos.

⁹⁶ Movimiento característico de fibras musculares y longit udinales, especialmente, del intestino, en virtud del cual su contenido progresa.

su vez, péptidos biológicamente activos (Ader, 1980). Pero la búsqueda para un mecanismo especial de control del intestino se revela, hasta ahora, infructuoso.

Por otro lado, mecanismos autoinmunes se proponen como factores etiológicos y el mejor tratamiento para la Colitis Ulcerosa (Delpre, Kadish, Gazit, Joshua y Zamir, 1980; Asakura y cols., op.cit.).

Los informes sobre trastornos inmunológicos se van incrementando y, por contra, las investigaciones sobre componentes psicológicos decreciendo ya que el nivel de técnicas de laboratorio aprovechable para mecanismos inmunológicos evoluciona, mientras que permanece la importante dificultad para evaluar la contribución de factores psicológicos (Bonfils y DeM'uzan, 1974).

En la fase aguda, los reactantes orosomucoide y proteína C reactiva son marcadamente elevados en la mayoría de los sujetos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal activa (Andre, Descos, Landais y fermanian, 1981; Fagan y cols., 1982; Cook y Prior, 1984; Kambe y cols., op.cit.; Wright, Alp, Young y Tigler-Wybrandi, 1987).

La cantidad de proteínas perdidas a través del intestino (alfa-1-antitripsina) correlaciona positivamente con la actividad de la Enfermedad de Crohn, así como el nivel de leucocitos (Beeken, Busch y Sylvester, op.cit.; Saverymuttu y cols., 1983; Meyers y cols., 1985).

Para mejorar estos estudios, varios investigadores intentan mejorar índices de laboratorio que predigan recaída en sujetos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Brignola y cols. (1986) apuntan que los enfermos de Crohn que recaen, medidos con índices clínicos, muestran elevaciones de glycoproteína, globulina, proteína c reactiva, velocidad de sedimentación y alfa-1-antitripsina. Wright y cols. (op. cit.) también examina predictores de aguda recaída en la Enfermedad de Crohn y encuentra que los índices clínicos orosomucoide y alfa-1-antitripsina se incrementa durante el periodo de tiempo comprendido entre uno y tres meses antes de un brote. Por otro lado, y apoyado en la revisión de estos estudios, Sachar (1987) concluye que, visto que ciertos factores de laboratorio pueden ayudar a predecir una recaída clínica, no son más útiles que los indicadores clínicos de actividad de enfermedad.

Posteriormente, Camilleri y Proano (1989), tras repasar los datos clínicos y de laboratorio, deducen que la proteína C reactiva responde más rápidamente a un brote agudo con grandes cambios y que el nivel de sedimentación eritrocítica es más útil como un indicador de inflamación colónica.

En definitiva, la actividad inflamatoria no es siempre un buen reflejo de la enfermedad del sujeto ya que no informa de las complicaciones, que pueden también afectar el nivel de salud. Aunque estas pruebas de laboratorio reflejan inflamación sistémica, no proporcionan una medida comprensiva del nivel de salud.

3.1.3.- Perspectiva etiológica multifactorial

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal es un espectro de enfermedades que afectan al intestino, las más comunes de ellas son la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn. Aunque la etiología⁹⁷ de la misma es todavía

⁹⁷ Después de 100 años de investigaciones, no hay una simple etiología (alérgica, humoral, genética, infecciosa o psicógena) que reciba total aceptación de los distintos investigadores. Sin embargo, una hipótesis factible para la patogenia de la Enfermedad Inflamatoria

escasamente comprendida, importantes contenidos sugieren una interacción entre infección, ambiente, genética y factores inmunológicos (Verhoef y Sutherland, op.cit.).

Whybrow, Kane y Lipton (en Hively-Petillo, op.cit.) estudian a personas con Enfermedad de Crohn revisando sus cuadros médicos. Estos cuadros se examinan por detalles de historia social y ajuste incluyendo relaciones de trabajo, relaciones familiares y recientes sucesos estresantes. Concluyen que, por un lado, el origen de esta enfermedad es multifacética y, por otro, los factores psicológicos pueden contribuir al curso de la misma, pero ni son suficientes para originarla ni son absolutamente necesarios para su desarrollo.

Por consiguiente, es necesario el uso de índices multidimensionales para medir, también, la calidad de vida relacionada con la salud como opuesto a simples medidas de actividad de enfermedad (ya mencionado en la perspectiva puramente fisiológica). Drossman y cols. desarrollan un cuestionario para medir específicamente acontecimientos propios de sujetos que padecen la Enfermedad Inflamatoria

Intestinal debe incluir la interacción entre importantes influencias genéticas, inmunológicas y agentes externos, entre los que está el estrés.

Intestinal. Los items se refieren, concretamente, a cuestiones relativas a su calidad de vida tanto física como social y psicológica (Drossman y cols., 1989).

Los sucesos emocionales, la forma en que se perciben y la respuesta psicológica del individuo se considera que están relacionados con el comienzo y progresión de trastornos crónicos inflamatorios. Aunque, en general, los estudios fracasan al intentar establecer la evidencia de que el estrés sea una causa subyacente de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Allan y cols., op.cit.; Calkins y Mendeloff, 1986); su importancia a la hora de estimular respuestas inflamatorias en una variedad de estados de enfermedad crónica (concretamente, la Enfermedad Inflamatoria Intestinal) llega a ser cada vez más patente en esta última década (Klose y Barnett, 1985; Avison y Turner, 1988; Olden, op.cit.).

La hipótesis útil para la patogénesis de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ya indicada por Kirsner y Shorter (op.cit.), conlleva una interacción compleja entre multitud de respuestas, influencias genéticas inmunológicas y agentes externos. Estos investigadores incluyen el estrés

como un posible suceso incitador que puede iniciar el desarrollo o recurrencia de esta condición.

El estrés es un concepto multifacético que tiene implicaciones físicas, psicológicas y psicosociales. Estímulos externo e interno percibidos como significativo pueden activar emociones y provocar cambios psicológicos trastornando (alterando) el sistema inmunológico (Lagercrantz, op.cit.; Delpre, Kadish, Gazit, Jshua y Zamir, 1980; Kirsner y Shorter, op.cit.).

Trasladar el impacto de sucesos a experiencias individuales es difícil ya que resulta complejo distinguir entre sucesos etiológicos y circunstanciales.

En este sentido, Whybrow y cols. (op. cit.) anota una variedad de cambios de vida nocivos que pueden potencialmente exacerbar episodios activos en la Enfermedad de Crohn. De éstos, los síntomas depresivos se vinculan, a menudo, con una enfermedad más prolongada.

En el estudio de Ford (en Zuckerman y Briones, op.cit.), efectuado con enfermos de Crohn⁹⁸, se vislumbra una

⁹⁸ Este estudio presenta ciertas deficiencias como la no inclusión

alta incidencia de rasgos obsesivo-compulsivos así como dependientes; la negación de la enfermedad no es especialmente una peculiaridad. Este autor deriva en una relación entre estrés y comienzo o exacerbación de la enfermedad.

No obstante, el comienzo de enfermedad dimana de elementos propios de la interacción individual con factores interpersonales y sociales en presencia de un agente de enfermedad.

Pero, además, los investigadores contemporáneos prosiguen con el intento de distinguir factores psicológicos en la Enfermedad de Crohn de aquellos detectados en la Colitis Ulcerosa, entre otros:

- Heindriksen, C. y cols. (1980) señalan que en los enfermos de Colitis Ulcerosa no se encuentra un mayor nivel de factores de estrés vitales.
- Helzer (1984) aparece una mayor incidencia de alteraciones emocionales en los enfermos de Crohn conforme aumenta el tiempo de evolución; lo asocia con depresión.

de grupo control y medidas previas.

- Raymer (1984) relaciona la depresión y baja autoestima con Enfermedad de Crohn, y depresión con Colitis Ulcerosa (la muestra utilizada está formada por niños).

- Wood y cols. (op.cit.) sugieren que en los enfermos de Crohn predomina, más que en los de Colitis Ulcerosa, el estilo explicativo negativo⁹⁹.

3.1.4.- Perspectiva indeterminada

Aunque la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa, en varios momentos, se consideran como trastornos psicósomáticos, la relación entre factores físicos y psicológicos en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal permanece indeterminada (Helzer y cols., 1982, 1984).

Se pueden apreciar estudios de Acheson (1965), Whitehead y Schuster (1982), Helzer (1985) en los que se constata una asociación entre la Colitis Ulcerosa

⁹⁹ Estos enfermos atribuyen causas internal, estable y global para sucesos adversos o nocivos.

y acontecimientos vitales, personalidad o desordenes emocionales¹⁰⁰.

Por contra, surgen otras publicaciones en las que no se verifican correspondencias. Es el caso del estudio de Campbell y cols., (1986) que examinan de manera ininterrumpida sucesos vitales estresantes y, signos junto con síntomas de dolor y diarrea; no observan correlación relevante entre la ocurrencia de este tipo de sucesos y un incremento en la actividad de la enfermedad.

Así mismo, North y cols. (op.cit.), finalizado su estudio prospectivo de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal recurrente, no encuentran asociación temporal entre sucesos vitales y cambios de síntomas intestinales.

Y, en otro estudio reciente con enfermos de Colitis Ulcerosa, Riley y cols., (1990) analizan sucesos vitales y datos clínicos durante un período concreto de tiempo (12 semanas). El estrés, medido por la "Paykel Life Event Scale" (escala modificada), no diferencia

¹⁰⁰ Sobre el 30 por ciento de los sujetos con esta Enfermedad manifiesta, de manera significativa, síntomas afectivos, especialmente, ansiedad y depresión (Helzer, 1984, 1986).

significativamente entre enfermos con una aguda recaída y en remisión.

No obstante, hallazgos de Duffy, Zielezny, Marshall, Byers, Weiser, Phillips, Calkins Ogra y Graham (op. cit.) están, en general, de acuerdo con estudios de autores previos que indican que una vez explicado el estrés relativo a salud, otros estresores (laboral, familiar, social) no representan riesgos independientes¹⁰¹ (Thoits, op.cit.).

Aunque varios investigadores clínicos como Kirsner y Shorter (1982) y Allan, (op.cit.) testifican que las correlaciones entre estrés y actividad de enfermedad se confunden con otras covariables como las características demográficas de seguimiento, los ingresos familiares y la percepción de salud como los predictores¹⁰² más consistentes de la actividad.

¹⁰¹ Cuando los sucesos relativos a salud son controlados, otros campos de estrés (laboral, familiar, social) presentan un impacto insignificante sobre la misma (salud).

¹⁰² Asimismo, la disfunción marital, en el grupo de pacientes con Colitis Ulcerosa, está unida a severidad de enfermedad mientras que, para los enfermos de Crohn, estos índices están correlacionados con menor cronicidad de enfermedad (Wood, Watkins, Boyle, Nogueira, Zimand y Carroll, 1989).

Algunos científicos hipotetizan que otros estresores distintos de los sucesos vitales importantes pueden estar asociados con la enfermedad (DeLongis, Folkman y Lazarus, 1988). Los sucesos diarios desagradables de menor magnitud que los importantes también pueden tener un importante impacto en la ocurrencia de enfermedades y síntomas, exacerbando muchas de ellas (Brantley y Jones, 1993).

Analizados los efectos de este tipo de estresores menores en los síntomas primarios de la Enfermedad de Crohn, Garret y cols. especifican que, excepcionalmente, uno de ellos presenta una fuerte asociación entre signos y síntomas de dicha enfermedad y los mencionados estresores, y otro que exhibe vinculación, únicamente, entre sus signos y estrés diario. Por tanto, los resultados sugieren que aunque los individuos con esta enfermedad puedan verdaderamente presentar relación estrés-trastorno, esto no es cierto en la mayoría de los enfermos que participan en este estudio (Garrett, Brantley, Jones y McKnight, 1991).

En conclusión y apoyándonos en el trabajo de Drossman y cols. (op.cit.), los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal experimentan daño funcional moderado

más en lo social y psicológico que en la dimensión física. Esto es más patente en los afectados de Crohn que en los de Colitis Ulcerosa.

Aunque la mayoría de las conexiones observadas aquí pueden fácilmente ser interpretadas como resultados de la enfermedad, no existen datos definitivos sobre ello.

Parte de la razón de esta pluralidad de enfoques es la escasez de descubrimientos replicables y objetivos publicados sobre la materia. Esto, en parte, está relacionado con serias deficiencias en los métodos de investigación. Incluso, los primeros estudios (fundamentalmente, finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX) se sabe que carecían de una recogida de datos sistemática y de grupos comparativos o de control, elementos considerados esenciales y básicos para este tipo de investigaciones.

3.2.- Resumen

La investigación clínica referida a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal manifiesta un cambio evolutivo provisto de importantes fluctuaciones históricas.

Este cambio viene enmarcado por una serie de puntos de vista: en un primer momento, se parte de una concepción **psicosomática** (Murray, Hislop) representada por la primacía de factores psicoemocionales en relación a biofísicos propios de esta Enfermedad. Se avanza, en un segundo momento, hacia una **óptica puramente fisiológica** (Mendeloff, Brignola) donde resaltan los parámetros clínicos y de laboratorio. Un tercer momento, viene constituido por el planteamiento **etiológico multifactorial** (Drossman, Mitchell), producto de un profundo debate científico, definido por el carácter interactivo de múltiples componentes (infecciosos, ambientales, genéticos) con apoyo multidisciplinar. Finalmente, la **posición indeterminada** (Wiener, North), propiciada por la difícil delimitación de relaciones causa y efecto, establece correlaciones entre diversos factores (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.

CAPÍTULO 4

4.- EMOCIÓN Y MOTIVACIÓN

Este capítulo está fundamentado en las respuestas emocionales y la motivación en relación con la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

4.1.- Emoción

En este primer apartado, emoción, incluimos, a su vez, variables importantes de nuestra investigación como la ansiedad y el miedo (temor).

4.1.1.- Conceptualización

Diversos autores han elaborado múltiples definiciones dependiendo de su orientación teórica. Algunos de ellos, véase Wenger (1950), únicamente se basan en los mecanismos físicos internos de la emoción. Entiende que la emoción es una actividad y reactividad de tejidos y órganos

inervados por el Sistema Nervioso Autónomo aunque no necesariamente comprende respuesta muscular o actividad mental.

"Wenger no habla de que la emoción induce cambios corporales ni de que los cambios corporales inducen emoción consciente. Más bien, considera que las respuestas viscerales son ellas mismas una emoción. Por ejemplo, en la excitación sexual se pueden detectar tres o cuatro patrones viscerales. Wenger aceptaría como emociones estos patrones que se observan, hablando de emociones per se sólo en cuanto los patrones se puedan distinguir de un estado continuo de homeostasia" (op.cit., en Young, 1979, p.71-72).

Otros autores como Delay y Pichot (1969) definen la emoción en términos de "desorganización conductual" para resaltar el carácter de intensidad, de ruptura de la conducta normal, y Rado (1969) que destaca los efectos funcionales, organizativos o adaptativos.

Por otro lado, Milner (1970) enfatiza el carácter motivacional de la emoción. Entiende que los estados

motivacionales (miedo, ira) no siempre van acompañados de estímulos externos evidentes.

Posteriormente, Brenner (1974) define la emoción por su carácter afectivo, haciendo hincapié en las sensaciones de arousal y/o su valor hedónico.

Finalmente, autores como Lazarus (1975) dejan patente explícitamente varios componentes interrelacionados de la emoción como el afecto subjetivo y los cambios fisiológicos necesarios para una acción adaptativa.

Al igual que Frijda (1986) quien entiende la emoción como aquel concepto que se deriva de la observación y autorregistro de conductas emocionales, proponiendo, en consecuencia, el estudio de las respuestas emocionales. Estas se manifiestan a nivel subjetivo, fisiológico y motor, siendo evocadas por sucesos tanto externos como internos, potencialmente emotivos, y fundamentalmente por el significado que tales sucesos tienen para la persona que los vive.

Desde una perspectiva más concreta, el sujeto diagnosticado de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

manifiesta emociones derivadas del propio proceso fisiológico de su enfermedad así como del significado que todo ello puede tener dentro de un marco psicosocial, es decir, las particulares vivencias a nivel familiar, relaciones de amistad, laborales, incluso en un sentido más estricto, personales.

Al estudiar la emoción ha de tenerse en cuenta que ésta supone tanto una conducta (elemento objetivo) como una experiencia (elemento subjetivo), es decir, es la confluencia de lo objetivo y subjetivo en relación a una situación. Teniendo en cuenta esto, podemos definir la emoción como: un estado de gran excitación acompañado de cambios viscerales y glandulares, que se manifiesta en forma de patrones complejos de comportamiento; estos cambios pueden estar o no orientados hacia la consecución de metas.

Los cambios viscerales y glandulares, se refieren a modificaciones del Sistema Nervioso Vegetativo. Son estados en los que predomina el Sistema Nervioso Simpático, y entre otros cambios podemos citar algunos como: los cambios en el peristaltismo, secreción de jugos digestivos, taquicardias, hipertensión.

4.1.2.- Respuestas emocionales de ansiedad y temor en los sujetos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La ansiedad y el temor son dos tipos de respuestas emocionales que, con distinta intensidad, pueden darse en los pacientes con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

4.1.2.1.- La respuesta emocional de ansiedad

Al hablar de ansiedad surge una gran confusión terminológica que, se encuentra ampliamente recogida en Lazarus (1966), Mandler (1972), Spielberger (1976,77), Mahoney y Wards (1976), Borkovek, Weerts y Bernstein (1977), Bermudez (1977), Glover y Gary (1979), Carrobbles y Díez Chamizo (1981), Ansorena (1983), se refiere a la gran ambigüedad del propio concepto ya que existen otros muchos que con pequeñas variaciones o matices han sido utilizados de forma habitual como equivalentes para designar el mismo fenómeno. Entre los más usuales están: angustia, estrés, amenaza, temor, miedo, tensión, frustración, arousal.

Aunque el concepto de ansiedad es ya tratado en 1747, por un autor desconocido, en la obra "Exploración sobre el origen de los apetitos y afectos humanos" y, posteriormente, en 1844 por Kierkegaard (angustia); finalmente, Freud publica, en 1926, la obra "Inhibición, síntoma y ansiedad", quedando así definitivamente incorporado el término a la Psicología (Mayor y Pinillos, 1990).

A partir de los años 20 se desarrollan dos líneas teóricas divergentes. Por un lado, desde una concepción intrapsíquica, Freud concibe la ansiedad como un proceso, fundamentalmente tensional, en el cual la mente en su conjunto, o el ego en particular, está limitado (amenazado) por una elevada excitación no controlada. Primeramente, como energía sexual reprimida y, posteriormente, como una respuesta interna que sirva de señal alertando al individuo de la inminencia de algún peligro.

Por otro lado, Watson y el conductismo clásico parten de una concepción ambientalista, utilizando preferentemente los términos miedo y temor en lugar de ansiedad, como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad va a

ser generalmente definida como un subtipo de miedo, entendido éste como un impulso ("drive") aprendido. Este enfoque va a apoyarse en las teorías del aprendizaje.

En esta década se realizan los primeros intentos de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Se va enriqueciendo su estudio con las aportaciones de las teorías fisiológicas, motivacionales y los nuevos hallazgos en el campo del aprendizaje.

Hull (1943, en J.L.Pinillos, 1975) considera la ansiedad como un "drive" motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. Este autor desarrolla una de las primeras teorías del aprendizaje, influyendo decisivamente sobre autores como Mowrer, Dollard y Miller entre otros,

Mowrer (1939, en Paul, 1971) establece que la ansiedad es una conducta aprendida por medio del condicionamiento clásico.

Con Dollard y Miller (1950, en Cofer y Appley, 1972) el origen, mantenimiento y evolución de la ansiedad se

aclaran apoyándose en los conceptos de conflicto, refuerzo y generalización.

Más adelante, Mowrer (1960) añade un segundo componente, el condicionamiento instrumental. Por consiguiente, el componente clásico responde de la motivación de evitación basándose en la contigüidad de los estímulos condicionado e incondicionado, y el componente instrumental, responde del refuerzo de las respuestas motoras de evitación a la vez que se fundamenta en la reducción del impulso. De esta forma señala la existencia de dos procesos en el desarrollo y reducción de la ansiedad, conociéndose su teoría como *"Teoría Bifactorial o de Los Dos Procesos"*.

El conductismo clásico, por tanto, contribuye a un gran avance en el estudio de la ansiedad al considerarla como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (estímulo) y consecuentes (respuesta), así como de su frecuencia y duración. Ayuda a operativizar la variable ansiedad y relacionarla con otras variables; pero también es cierto que no presta atención a los elementos cognitivos que intervienen en su adquisición, mantenimiento y extinción. Es, a partir de los años 60 con

la introducción de variables cognitivas por parte del Neoconductismo, cuando se modifica el concepto de ansiedad dejando de ser considerado como un aspecto exclusivamente periférico para darle una significación central, propiamente cognitiva. En esta línea, Paul (1969) define la ansiedad como:

"sentimientos subjetivos de aprensión y tensión acompañados por, o asociados con activación fisiológica que vienen producidos como respuestas a un estímulo interno (cognitivo) o externo (ambiental)" (op.cit., p.64).

También, se modifica la concepción unitaria del término ansiedad. Cada vez es más aceptada la idea de un triple sistema de respuesta de ansiedad, según el cual ésta se manifiesta tanto a nivel conductual o motor como cognitivo y fisiológico. Esta teoría, propuesta inicialmente por Lang (1968, en J. Buendia, 1991) es conocida como "Teoría Tridimensional de la Ansiedad". Esta concepción trae consigo el que se comience a estudiar la misma como un fenómeno complejo, centrándose en sus tres componentes

(cognitivo, fisiológico y motor) ligados a situaciones específicas y definidas.

Otra visión importante queda reflejada en las palabras de Borkovec, Weerts y Bernstein (1977), para quienes,

"El resultado más evidente de cincuenta años de teorización e investigación centrados en la ansiedad es el habernos dado cuenta de que la definición o concepción de la ansiedad como una cuestión unitaria es ineficaz e inapropiada. En lugar de esto, recientemente, los psicólogos científicos han empezado a ver la ansiedad como un término breve referido a un patrón de conducta, complejo y variable caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión, que van acompañados de, o asociados con, una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos) o externos (ambientales)" (op.cit., p. 368).

Este carácter multidimensional (Lang, op.cit.) sugiere el mencionado triple sistema de respuesta de la

emoción, concepto que resulta útil tanto desde el punto de vista teórico como aplicado.

Tomando como base la elaboración teórica de Rachman (1978), recientemente se está poniendo un particular énfasis en la relación que posee este triple sistema de respuesta con respecto al tratamiento de la ansiedad. Los patrones o perfiles de respuesta vienen propiciados por las combinaciones que pueden originarse a partir de los componentes fisiológico, motor-conductual y cognitivo (Miguel Tobal, 1987).

De igual forma que la Enfermedad Inflamatoria Intestinal no se limita solamente a un conjunto de signos y síntomas fisiológicos sino que va más allá. Esta enfermedad influye en la valoración cognitiva (incluyendo la experiencia subjetiva) del sujeto, así como su comportamiento expresivo.

La ansiedad es una experiencia subjetiva que tiene relación directa con la valoración de la gravedad y la duración del peligro y estresores externos.

En un experimento realizado por Elliot, en 1966, se verifica que las mayores reacciones de ansiedad aparecen en aquellos sujetos que desconocen la situación de peligro o posible estrés que se le avecina. Estos muestran un promedio mayor de frecuencia cardiaca que aquellos que tienen experiencia previa y se preparan en habilidades de afrontamiento¹⁰³ para esa experiencia.

Particularmente, estos enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa prefieren conocer el posible resultado futuro aversivo y, además, se esfuerzan por conseguir ese conocimiento. Se encuentran menos tensos y excitados si saben lo que les espera, aunque dependa de cada situación particular (Joachim y Milne, 1985).

La persona que debe someterse a una intervención quirúrgica (en este caso, pudiera ser una resección intestinal, consistente en la extirpación de una parte dañada del intestino), en principio, se muestra más tensa, a pesar de saber lo que le espera, que aquélla que debe incrementar la dosis de corticosteroides a causa de un brote

¹⁰³ Habilidades como: autorregular procesos corporales como la tasa respiratoria, resolver problemas para modificar la situación externa, negociar asertivamente con el personal médico y de apoyo en relación a modificaciones solicitadas por ellos, inhibir acciones que amplifican el estrés y ansiedad (Kendall y Ford, artículo 1988).

severo. Incluso, parece ser que se prefieren los resultados aversivos inmediatos a aquellos que su aparición no viene acotada en el tiempo (Wallace, 1987).

El paciente tiende a estar menos alterado si se considera capaz de predecir, afrontar y controlar los acontecimientos aversivos (Wortman, 1975; Pasahow, West y Boroto, 1982).

Se puede concluir que el carácter de las reacciones de ansiedad depende en parte de las habilidades con que cuenta el individuo para resolver el estrés. La mayoría de las personas reacciona de forma distinta ante situaciones productoras de tensión entendidas como controlables que ante aquéllas que considera fuera de su control.

En numerosas enfermedades se pueden experimentar estados de ansiedad ante la muerte pero, sobre todo, en aquellas que por su etiología, características, curso evolutivo, cuentan en el momento actual con escasas posibilidades de curación (Buendía, op.cit.).

Pero, a la vez, se pueden ver alteradas las relaciones con otros significativos como familiares (padres, hermanos, cónyuge, hijos), amigos y compañeros de trabajo. Todo este conjunto de relaciones, en la mayoría de los casos, quedan afectadas por la propia evolución de la enfermedad, caracterizada por su progresión no lineal, por su permanencia y recurrencia. Estos enfermos saben, o en cualquier caso deben aceptar, que nunca volverán a alcanzar niveles completos de salud (previo al surgimiento de esta patología).

En definitiva, la ansiedad en este tipo de enfermos se traduce en alteraciones de las respuestas fisiológicas (sudoración, respiración agitada, náuseas, palpitaciones, tensión), movimientos repetitivos, inquietud motora, así como preocupación, sentimientos de tensión, inseguridad en sí mismo, autovaloraciones negativas (Milne, Joachim y Niedhardt, 1986; Wood, Watkins, Boyle, Nogueira, Zimand y Carroll, 1987).

4.1.2.2.- El miedo como emoción

Como otras emociones, el miedo es un conjunto de reacciones que tienden a ocurrir juntas, simultáneamente o secuencialmente. Incluye expresiones conductuales visibles, sentimientos internos y cambios fisiológicos que acompaña.

"El miedo es un legado evolutivo vital que conduce al organismo a evitar amenazas y que tiene un valor de supervivencia obvio. Es una emoción producida por la percepción de peligros presentes o el acecho y es normal en situaciones apropiadas" (Marks, 1991, p.21).

En los humanos así como en los animales, dos expresiones conductuales obvias del miedo presentan un contraste notable (Miller en Pelechano, 1980).

Una primera expresión conductual es la tendencia a petrificarse y a enmudecer, que alcanza sus formas extremas en la muerte fingida o aparente; la opuesta son los gritos, el sobresalto y la huida desesperada de la fuente del

peligro. La conducta puede cambiar rápidamente desde un patrón de respuestas al otro cuando una persona atemorizada se petrifica primero y, a continuación, se escurre súbitamente hacia cualquier cobijo a su alcance.

Con el miedo intenso se producen sentimientos desagradables de terror, urgencia de escapar y de esconderse, urgencia de gritar, el corazón late rápidamente, tensión muscular, temblores, facilidad para sobresaltarse, sequedad de la garganta y de la boca, una sensación de náusea en el estómago, sudoración, urgencia de orinar y defecar, irritabilidad, ira, dificultad en respirar, parestesias¹⁰⁴ en las manos y en los pies, debilidad e incluso parálisis de las extremidades, sensación de desmayo o poder caerse, y un sentimiento de irrealidad, de hallarse distante de la situación. Si el miedo continúa durante un largo período puede conducir a fatiga, dificultad para dormirse, pesadillas, inquietud, facilidad para sobresaltarse, pérdida de apetito, agresión y evitaciones de cualquier situación nueva o productora de tensión.

¹⁰⁴ Perturbaciones espontáneas de la sensibilidad subjetiva, en forma de hormigueos, adormecimiento, producidos por la patología de cualquier sector de las estructuras del Sistema Nervioso Central o Periférico en relación con la sensibilidad.

Como otras emociones, el miedo provoca cambios bioquímicos que son detectables en unos pocos minutos. Entre ellas se encuentra la secreción de adrenalina (epinefrina) en las glándulas adrenales y noradrenalina (norepinefrina) en las terminaciones periféricas de los nervios del Sistema Nervioso Autónomo, así como un incremento en la tasa de ácidos grasos libres y corticosteroides en plasma.

Por consiguiente, se entiende por miedo las sensaciones normalmente desagradables que se ponen en marcha como respuesta normal ante peligros reales. La ansiedad es una reacción similar al miedo que comienza sin que esté presente la fuente objetiva de peligro.

Los enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa, al igual que en el caso de la ansiedad, pueden presentar miedo. La diferencia entre ambos tipos de emociones estriba en la experiencia que tenga el propio sujeto ya sea de forma directa o indirecta (Joachim y Milne, op.cit.).

Es el caso de estos enfermos recientemente diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal y que, por ejemplo, en un primer estadio de aceptación de la misma pueden presentar distintos temores como miedo al daño

físico, el rechazo social, la muerte (Joachim y Milne, op.cit.).

Del mismo modo, el enfermo que debe someterse a una intervención quirúrgica manifiesta miedo y, en mayor medida, si ya cuenta con esta experiencia (haberse sometido a cirugía anteriormente) e, incluso, presentándose complicaciones postquirúrgicas.

Las emociones como el miedo son respuestas sindrómicas que no vienen definidas por ningún síntoma o conducta particular, pero que pueden ser reconocidas por los estímulos que típicamente las evocan, o los patrones de respuesta (fenomenología) y por su curso. Es decir, esas respuestas no responden a un modelo fijo sino que dependen de la situación así como de la persona que reacciona (Averill y cols., 1969; Lader y Marks, 1971).

En un estudio elaborado por Davitz (1970) con una muestra de 50 sujetos se presentan múltiples asociaciones comunes a miedo y ansiedad, y otras distintivas de cada una de ellas. Comparado con la ansiedad, el miedo detenta mayor número de asociaciones fisiológicas y su causa es más obvia.

Cada emoción tiene sus propias combinaciones de características particulares. Las respuestas que la caracterizan tienden a ocurrir concurrentemente y/o secuencialmente aunque están a menudo pobremente correlacionadas entre ellas. Dichas respuestas pueden ser convenientemente agrupadas como cognitivas (la percepción del miedo con sensaciones acompañantes de peligro), motor-conductuales (ciertos tipos de acciones y tendencias), y fisiológicas (cambios que movilizan el cuerpo hacia la acción).

Algunos aspectos que atemorizan al enfermo y la manera de demostrarlo están biológicamente determinados, mientras que otros están influenciados por experiencias individuales y grupales. La filogenia, en general, predispone a las especies a responder a la amenaza apropiadamente.

Averill y cols. (1969) señalan que:

"las reacciones emocionales pueden asemejarse a una cuerda con un extremo anclado en lo biológico y el otro en lo cultural. Ningún tipo de reacción particular acarrea la cuerda entera pero están interrelacionadas para formar un sólo concepto: la respuesta emocional" (en Marks, op.cit., p.24).

En definitiva, la detección de la amenaza requiere la búsqueda continua, la evaluación sistemática de señales, con fluctuaciones en el miedo que reflejan la percepción y evaluación repetida de cada una de las señales.

El miedo, en principio, puede comenzar con la percepción subjetiva de peligro seguida rápidamente por cambios fisiológicos.

4.1.3.- Sistemas de respuesta en la emoción

Se puede estudiar la emoción, fundamentalmente, a través de:

- los pensamientos y sentimientos subjetivos: tanto propios como ajenos que se comunican verbalmente;
- los cambios en los sistemas psicofisiológicos y endocrinológico asociados; y,
- la conducta manifiesta, susceptible de ser observada y registrada.

Y, con estos tres presupuestos se desemboca en la teoría de los Tres Sistemas de Respuesta (Lang, op.cit.).

Lang (op.cit.) es el primero en formular explícitamente lo que hoy se conoce como "Enfoque de los Tres Sistemas", que luego ha sido desarrollado por él mismo y otros autores. Aunque ya desde William James (finales del Siglo XIX) muchas teorías estudian los tres tipos de respuesta, éstas tratan de integrarlos de forma unitaria, critica Lang (anteriormente, se recogen numerosos datos contra la idea de activación o emoción como algo unitario).

Inicialmente, Lang (op.cit.) se centra en el miedo, al que describe como formado por un grupo de componentes débilmente acoplados.

"El miedo es una respuesta, y además se expresa en tres importantes sistemas conductuales: verbal (cognitivo), motor - abierto y somático" (op. cit., p.90).

Lang concluye que las respuestas de los tres sistemas no están correlacionadas. Esta discordancia implica que el miedo no es un fenómeno "unitario".

Posteriormente, Lang (1971) acuña el término "Triple Sistema de Respuesta", ampliando su teoría a la respuesta emocional en general:

"Tanto para el terapeuta como para el científico, es razonable considerar que la respuesta emocional es un complejo de tres sistemas medibles: verbal-cognitivo, motor-abierto y fisiológico (órganos inervados por el Sistema Nervioso Autónomo y actividad muscular tónica). Todos los sistemas están modulados por centros neurales del cerebro, pero las correlaciones entre sus respuestas son sorprendentemente bajas. Desde un punto de vista empírico, las conductas son parcialmente independientes. Sin embargo, estos sistemas son también altamente interactivos y tienden a aumentar mutuamente, prolongar, o atenuar cada uno al otro en la forma en que ahora comenzamos conocer" (op.cit., p.105).

Por consiguiente, la emoción evidencia una peculiar reacción conjunta de múltiples y variados factores, tales como: La vivencia subjetiva o experiencia emocional, las respuestas motoras observables o comportamiento abierto (expresión emocional) y las respuestas psicofisiológicas; las cuales se encuentran sintonizadas entre sí en diversa proporción.

"Las medidas conductuales y fisiológicas en la emoción a menudo guardan poca relación entre sí, y por otro lado están débilmente correlacionadas con el informe verbal del estado subjetivo. Además, cuando las respuestas están en disputa, el supuesto verdadero mundo de la experiencia subjetiva permanece privado. Así pues, no hay un criterio objetivo que nos diga a qué sistema creer" (Lang, 1978, p.368).

No se trata propiamente de una teoría. Lang se limita a resaltar que la emoción es una respuesta y que los datos apuntan a la existencia de tres sistemas relativamente independientes. Lang describe la tarea central de los teóricos como aquella encaminada a proporcionar:

"modelos o analogías que organicen estos datos" (Lang, op.cit., p.370).

Como él mismo ha hecho con su "*Modelo bio-informacional de imágenes emocionales*" (Lang, 1979, 1984, 1985).

Por otra parte, esta reacción conjunta se considera consecuencia o respuesta a determinado tipo de estímulos, internos o externos, considerados al menos como potencialmente emotivos, algunos de los cuales pueden gozar de propiedades que propician la denominación de estímulos preparados o prepotentes (Lang, op.cit., 1979); no obstante, se suele considerar que más que el estímulo en sí, el verdadero desencadenante de una emoción es el significado que para la persona en cuestión guarda dicho estímulo. Por tanto, se requieren ciertas propiedades en el mismo y ciertas tendencias en el individuo (Frijda, 1986).

Es decir, más que el propio nombre o la propia descripción de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ya sea Crohn o Colitis Ulcerosa, es el significado, el sentido que esa situación diagnosticada médicamente tiene para cada

enfermo particular; cómo percibe la enfermedad, cómo entiende que afecta en sus relaciones interpersonales, cómo cree que repercute en su funcionamiento diario (práctica de deportes, ocupación laboral). Todo ello es, en definitiva, el auténtico motor desencadenante de una determinada emoción como la ansiedad, el miedo (Hively-Petillo, op.cit.; Zuckerman y Briones, op.cit.).

Actualmente, el enfoque de los tres sistemas ha sido adoptado no sólo por la mayoría de las teorías de la emoción, tanto cognitivas (Frijda, op.cit., 1988), como basadas en las teorías del aprendizaje (Eysenck, 1976; Rachman, op.cit.), que incorporan así la cognición al aprendizaje (Brush y Overmier, 1985) sino que, además, también tiene implicaciones para la evaluación (Haynes y Wilson, 1979; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1988), y el tratamiento (Michelson y Ascher, 1987). Si los tres sistemas pueden alcanzar altos grados de independencia, entonces la formulación de cualquier teoría sobre la emoción, la evaluación de la conducta emocional, o su modificación, debe tener en cuenta los tres sistemas.

Y así, Bellack y Lombardo (1984) delimitan los tres sistemas o componentes de la siguiente forma:

- El diestrés subjetivo constituye la reacción cognitiva primaria que adopta la forma de sentimientos de terror, amenaza o catástrofe inminente. El diestrés subjetivo engloba pensamientos e imágenes altamente específicos.

- Las respuestas fisiológicas producidas por ansiedad, generalmente se asocian con un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Simpático o del Autónomo como resultado de una activación del Sistema Nervioso Central o de la actividad neuroendocrina mediada por el mismo. Este incremento de la actividad del Sistema Nervioso Simpático producirá cambios cardiovasculares y un aumento de la actividad electrodérmica, del tono músculo-esquelético y del ritmo respiratorio.

- En general, se piensa que los cambios encontrados en las respuestas motoras¹⁰⁵ son resultado del arousal fisiológico y de cogniciones de miedo.

En cualquier caso, esta distinción surge desde distintos modos de analizar la emoción. Por un lado, parece que existen tres tradiciones en el estudio de la emoción

¹⁰⁵ Paul y Bernstein (1973) distinguen dos tipos de respuestas motoras: directas e indirectas.

(Schmidt-Atzert, 1985), que se corresponden con tres modalidades o métodos convergentes de investigación (Pinillos, J. op.cit.). Pero, también se insiste en que esta distinción surge de la observación de una serie de fenómenos que manifiestan la falta de uniformidad entre los tres tipos de conductas emocionales. A su vez, desde la formulación inicial se predicen otros fenómenos, por ejemplo sobre la etiología y modificación de trastornos emocionales, cuya característica esencial es la relativa independencia de los tres sistemas.

En definitiva, se trata de fenómenos tales como el fraccionamiento, la desincronía, o la eficacia diferencial de los tratamientos¹⁰⁶ sobre las tres clases de respuestas emocionales (Hugdahl, 1981).

Un primer fenómeno a destacar es el fraccionamiento: si se evalúan estos tres tipos de respuestas (fisiológica, cognitiva y conductual) en el sujeto enfermo, que, por ejemplo, está sometido a una situación inductora de miedo, se puede encontrar que no todas reflejan el mismo grado de intensidad o activación. Es decir, se observa cierto grado de independencia entre los

¹⁰⁶ Tratamientos basados en los distintos tipos de aprendizaje.

distintos sistemas de respuesta, en lugar de reflejar todos un mismo constructo emocional unitario.

Cuando se obtienen correlaciones bajas e incluso nulas o negativas entre las medidas de respuestas pertenecientes a distintos sistemas e incluso entre medidas de respuestas pertenecientes al mismo sistema, a esto se le conoce con el término de fraccionamiento de respuesta o discordancia entre sistemas de respuesta (Rachman y Hodgson, 1974).

Un segundo fenómeno característico en relación al sistema de respuesta es la desincronía (Sartory, Rachman y Grey, 1977; Grey, Sartory y Rachman, 1979; Vermilyes, Boyce y Barlow, 1984): la discordancia entre sistemas o fraccionamiento de respuesta varía con el momento de la evaluación en relación al tratamiento.

Así, Lang y Lazovik (1963) informan que las reducciones que se consiguen en un sistema de respuesta tras el tratamiento pueden no reflejarse en los restantes. Es decir, si se manipulan los niveles de arousal de un sujeto, tal y como sucede en las terapias por ejemplo, no todos los

sistemas de respuesta varían al mismo tiempo (Vermilyes, Boyce y Barlow, op.cit.).

Los términos fraccionamiento de respuesta y disociación entre sistemas de respuesta se suelen usar como sinónimos e indican que el patrón tripartito de respuesta muestra un cierto grado de variación intersistemas de respuesta en una fase particular de la evaluación. En cambio, el término desincronía se emplea para referirse a la disgregación de los tres sistemas a través de varias fases de la evaluación, es decir, en distintos momentos (Michelson, op.cit.).

En las terapias se pueden efectuar evaluaciones y mediciones en, al menos, tres momentos (pre, durante y post-tratamiento) para constatar la evolución. Concretamente, aparece una desincronía (Vermilyea, Boice y Hodgson, op.cit.) en el momento en que no se dan cambios concordantes entre dos respuestas pertenecientes a distintos sistemas (ritmo cardíaco y medidas subjetivas de ansiedad, por ejemplo) en, al menos, dos de las tres fases. En cambio, se operativiza la concordancia como altas correlaciones, y la discordancia o fraccionamiento como bajas correlaciones entre medidas en un momento dado (Matias y Turner, 1986).

La discordancia y la desincronía entre sistemas de respuesta son:

"función de la intensidad de la activación emocional, el nivel de la demanda, la técnica terapéutica y la duración del seguimiento ..."
(Hodgson y Rachman, op.cit., p.325).

En situaciones que provocan estados de baja intensidad emocional en la persona enferma, la discordancia entre sistemas es mayor que en aquéllas que generan una alta activación emocional.

Y, un tercer fenómeno es la reactividad por tratamiento (eficacia diferencial): de cara a las técnicas de tratamiento de trastornos emocionales, en especial las de reducción de ansiedad, parece que cada técnica tiene una especial indicación para un sistema de respuestas siendo menor su efectividad sobre los otros sistemas. Si bien cada paciente, además, puede ser más reactivo a un sistema de respuestas que al resto, dándose en este punto grandes diferencias individuales (Borkovec, 1976; Davidson y

Schwartz, 1976); resulta conveniente aplicar a cada persona, más que a cada tipo de problema, aquellas técnicas que por su orientación o predominancia terapéutica mejor se adapten a la reactividad de dicha persona. Es decir, para que se logre una interacción entre tipo de tratamiento y de reactividad del individuo.

En esta línea, Lang, Melamed y Hart (1970) encuentran que los sujetos con mayor reactividad fisiológica mejoran más con una técnica de desensibilización sistemática. Así mismo, Wolpe (1977) señala que esta técnica es más efectiva si predomina el componente fisiológico que el cognitivo. Esta hipótesis es parcialmente confirmada por Shahar y Merbaum (1981).

Lehrer, Woolfolk y Goldman (1986) afirman que existe una evidencia considerable que apoya la hipótesis de la especificidad somática o fisiológica¹⁰⁷ de la relajación progresiva, así como la especificidad cognitiva de las técnicas de tipo cognitivo (Woolfolk, Lehrer, McCann y Rootney, 1982). En un reciente estudio, McCann, Woolfolk y Lehrer (1987) al manejar la ansiedad interpersonal con tres

¹⁰⁷ La hipótesis se basa en una mayor eficacia sobre el sistema fisiológico.

técnicas diferentes revelan que la reestructuración racional reduce las puntuaciones de ansiedad sobre medidas de autoinforme¹⁰⁸, el ensayo conductual sobre las observacionales de conducta abierta y, en cambio, la relajación progresiva no disminuye su responsividad fisiológica a la situación estresora interpersonal más que los otros grupos que reciben los mencionados tratamientos. Estos resultados, según los diversos autores, apoyan la hipótesis de Davidson y Schwartz (1976), o "Teoría Multiproceso", que considera dos tipos de sujetos ansiosos (cognitivo y somático) con diferente patrón de respuesta (Schwartz, Davidson y Goleman, 1978) y diferente respuesta a las técnicas de tratamiento, según sean de un tipo u otro.

En definitiva, este triple sistema de respuesta se fundamenta en la escasa correlación que existe entre el mismo y señala la necesidad de utilizar los términos de ansiedad y emoción, no de una forma genérica, sino especificando a qué se hace referencia.

¹⁰⁸ La ansiedad subjetiva referida a los tres sistemas de respuesta.

4.2.- La motivación

El estudio de la motivación, actualmente, constituye un aspecto importante de la investigación psicológica. Si bien el concepto de la conducta motivada puede ser considerado como uno de los conceptos más viejos ideados por el hombre.

4.2.1.- Conceptualización

Hablar de motivación significa apelar tanto al foco impulsor de la acción como a la dirección, persistencia e intensidad de la acción misma.

Maier (1949) empleó el término motivación para:

"... caracterizar el proceso que determina la expresión de la conducta e influye en su futura expresión por medio de consecuencias que la propia conducta ocasiona" (op. cit., en C.N.Cofer, 1972, p.20).

La conducta de un organismo puede ser descrita como acercamiento o rechazo, respecto a alguna condición (objetos, personas o situaciones) del ambiente. La conducta adopta una dirección.

El concepto de dirección, deriva del hecho de que la conducta muestra selectividad. Tolman (1932, en Cofer y Appley, op.cit.) es de los primeros en destacar este parámetro, al considerar a la conducta (molar) como propositiva, incidiendo en la selectividad de la actuación. La dirección se concibe en relación a la meta.

El sujeto se acerca a alguna condición del ambiente, si la considera como un medio para alcanzar una meta, la ignora cuando no es relevante respecto a una meta y evita o ataca a aquellas situaciones que para él constituyen un obstáculo para la meta.

El mantenimiento de la dirección de la conducta, requiere que el sujeto responda a los estímulos presentes, relacionándolos entre sí, con experiencias pasadas y con las metas a conseguir (a través del patrón de tensión muscular preparatorio a la realización de un movimiento, o a través del movimiento), o encubierta (vinculada con las

disposiciones y actitudes que constituyen una preparación para la actividad física).

James Drever (1952) entiende que la motivación es un:

"... término empleado generalmente para designar los fenómenos involucrados en la acción de incentivos e impulsos", y además, añade que motivo es: "... un factor afectivo-conativo que opera en la determinación de la dirección de la conducta de un individuo hacia un fin o meta, aprehendido consciente o inconscientemente", y finalmente, añade motivar como: "preveer un incentivo, actuar como incentivo" (op.cit., en Madsen, 1972, p.49).

La motivación determina, por un lado, el componente cualitativo, activador de la conducta. Existe unanimidad respecto a que la motivación funciona desencadenando la acción. Pero no debemos pasar por alto que pueden existir conductas no motivadas, y que la motivación es un elemento indispensable de la acción consciente.

El concepto de acción elimina la ambigüedad introducida por el término de conducta, distinguiendo entre los movimientos que acontecen (sujeto que actúa de una forma pasiva) y los movimientos que se deben a su iniciativa (funciona como agente causal).

Para analizar el efecto de la motivación y no entrar en conflicto con otros constructos que, como el aprendizaje, también pueden funcionar como determinantes de la acción, se ha de realizar una adecuada valoración de las funciones de ambos constructos. Esta, debe tener en cuenta la distinción que ya estableciera Tolman (1932, op.cit.) entre adquisición (lo que el sujeto aprende) y actuación (lo que hace).

Para Tolman las variables intervinientes motivacionales (demandas de meta, expectativas medio-fin) eran los determinantes inmediatos de la actuación.

El efecto de la motivación es inmediato, contemporáneo al momento en que se produce la acción (Atkinson, 1964; Atkinson y Birch, 1978; Kleinginna y Kleinginna, 1981). Mientras que el efecto del aprendizaje está mediatizado, pudiendo haber transcurrido periodos de

tiempo breves (segundos) o muy largos (meses, años) desde que se adquiere un patrón de respuesta hasta su manifestación.

Relacionado con este aspecto, surge la idea de que el efecto de la motivación¹⁰⁹ es momentáneo, transitorio y reversible, mientras que el del aprendizaje es duradero y relativamente estable.

Por otro lado, la motivación determina el componente cualitativo, direccionalidad de la acción. En el organismo se producen deseos y aversiones, como dos clases fundamentales de variables motivacionales (Beck, 1983). La preferencia está relacionada con la persistencia y con el vigor de la conducta. Cuanto más preferido (deseado) es un resultado, mayor es la persistencia y el vigor para alcanzarlo. Asimismo, cuanto menos preferido (más aversivo) es un resultado, mayor la persistencia y el vigor para evitarlo.

¹⁰⁹ La consideración de la motivación como un proceso limitado temporalmente, permite diferenciarla de otros procesos psicológicos. Seay y Gottfried (1978) la han diferenciado de la sensación/percepción; Hilgard y Atkinson (1979) de la emoción; y, Cofer y Appley (1964, en 1972) del aprendizaje y la personalidad.

Pero existe unanimidad sobre el hecho de que la direccionalidad y la persistencia de la acción, no es función privativa de la motivación, sino que éstas vienen también determinadas por otros factores. En el nivel de actividad física, la dirección y la persistencia de la acción pueden deberse a la motivación (impulso), a factores estimulares externos e internos o estímulos de pulsión (terminología de Hull, en J.L.Pinillos, 1975), a la experiencia y al aprendizaje. En el nivel de actividad cognitiva, diversos tipos de procesos (expectativas, anticipación de metas) determinan la dirección y la persistencia.

Young (1961) considera a la motivación como:

"... el proceso para despertar la acción, sostener la actividad en progreso y regular el patrón de actividad" (en Cofer, op. cit., p. 20).

Incluso, añade que:

"En sentido amplio, el análisis de la motivación debe tomar en cuenta todos los factores que suscitan, sostienen y dirigen la conducta" (en Madsen op.cit., p.49).

El término de motivación se refiere, por un lado, a la existencia de una secuencia de fases organizadas, por otro, a su dirección y contenido y, por otro, a su persistencia en una dirección dada o a su estabilidad de contenido. Todo esto se relaciona con la característica de la propositividad, es decir, las conductas van dirigidas hacia la consecución de metas mediante planes organizados jerárquicamente, y en los que la información procedente del medio (ambiente hospitalario, familiar, laboral) se articula con dichos planes, y guían la acción.

En consonancia con todo ello, se conceptualiza a la motivación como un proceso psicológico que determina la acción de una forma inmediata y reversible contribuyendo, junto a otros procesos psicológicos y factores, a la

regulación del patrón de actividad y a su mantenimiento hasta la consecución de la meta (Todt, 1991).

Se trata de entender, 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.

4.2.2.- La motivación de ejecución

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 las aptitudes específicas para ello. Es decir, la motivación que se encontraría en la base de que un ser humano rinda más que otro pese a estar menos capacitado o tener menor entrenamiento o aptitud que éste para realizar una tarea o trabajo en concreto. Al parecer se trata de un aspecto comportamental aprendido (Pelechano, 1973).

La motivación de ejecución parece tener un origen claro en el impulso exploratorio y de curiosidad aunque, si bien, la pura curiosidad no llega a explicar sino una pequeña parte de lo que significa motivación de ejecución.

La motivación de ejecución, tal y como se ha entendido tradicionalmente, ha sido la comparación subjetiva del rendimiento ante una tarea concreta con una norma de efectividad máxima.

Lo que es innato en los organismos superiores, al menos, es el impulso, necesidad o motivación primaria de curiosidad. Sin embargo, no se trata, en el caso de la motivación de ejecución, de una mera exploración, de una inspección del ambiente sino de una búsqueda dirigida de mejora de situaciones hacia la solución de los problemas planteados e incluso, en algunas ocasiones, de la detección de problemas donde aparentemente no los hay y que resulta una nota característica del pensamiento creador.

En cualquier caso, la motivación de ejecución llama a la acción y a la solución de los problemas. Es en este sentido en el que no puede decirse que exploración y

motivación de ejecución se solapan, que sean redundantes (Pelechano y Ayuso, 1975).

Evidentemente, se trata de hábitos de conducta aprendidos y montados sobre marcos estructurantes de la experiencia que son, a su vez estos últimos, factores heredados. A la base de la génesis de esta motivación de ejecución se encuentra el condicionamiento clásico, el aprendizaje observacional, el aprendizaje discriminativo y el instrumental.

En suma, se trata de unos hábitos de respuesta a cuya base se encuentran procesos de aprendizaje regidos por la ley empírica del refuerzo - primario y secundario - por lo que se refiere a su dinámica operativa (Pelechano, 1980).

En la presente década, Garrido (1990) considera que la motivación es un proceso unitario, con un efecto muy diversificado, existiendo diferentes motivos, a través de los que la motivación ejerce su efecto, en los diferentes niveles de actividad.

La acción orientada a la meta, que se estima como una unidad de análisis en la Psicología, integra dos tipos

de actividad: la actividad física (destacando en ésta, el nivel fisiológico y el nivel motor o comportamental) y la actividad cognitiva o mental. Por otra parte, en la base de las relaciones que establecen unos organismos con otros, se encuentra la actividad social. Por tanto, se puede hablar de tres tipos de actividad: física, cognitiva y social.

La motivación puede adoptar tres formas (biológica o primaria, cognitiva, y social o secundaria), según el nivel de actividad que deba producirse en un momento determinado, para posibilitar un adecuado funcionamiento del organismo. En el nivel de actividad física, la motivación suscita conductas (como la ingesta de alimentos, de líquidos, regulación de temperatura, evitación de situaciones estimulares peligrosas) que posibilitan el desarrollo, el crecimiento orgánico, la reposición de las células muertas; conductas que están en la base de la supervivencia. Asimismo, en este nivel, la motivación favorece la adaptación del organismo ante los cambios producidos en el medio ambiente. La función de la motivación, en el nivel de actividad cognitiva, es suscitar procesos mentales que posibiliten el ajuste y la adaptación del sujeto. La función de la motivación en el nivel de actividad social es suscitar conductas (de logro,

afiliación, poder, adscripción a normas) que posibiliten su adaptación y ajuste al medio social.

Considerado el organismo como un todo, capaz tanto de actividad física como de actividad mental, las limitaciones de un modelo homeostático, inherentes al nivel de actividad que explica, como es la actividad fisiológica y motora, son superadas en la explicación de la conducta dada por modelos que explican la actividad mental o cognitiva. Inciden en que una adecuada regulación de la acción requiere integrar la anticipación y previsión de metas además de que los estímulos, más que provocar la respuesta, constituyen una oportunidad para la acción, proporcionando una información que el sujeto va a integrar en complejos procesos cognitivos, previo a la emisión de su acción, tras un proceso de toma de decisión.

En definitiva, se atiende a la motivación en la línea de las teorías de la activación, que la entienden como un tronco impulsivo que posee un sustrato biológico, un sustrato comportamental todo ello relacionado con aspectos situacionales activados por determinadas circunstancias (enfermedad, brotes recurrentes).

4.3.- Resumen

Teniendo presente que la orientación teórica determina en gran medida la conceptualización de la emoción, ésta supone la confluencia de elementos objetivos y subjetivos relativos a una situación concreta. Es decir, continuamos considerando un marco biopsicosocial para estos pacientes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Las respuesta emocionales propias de esta investigación son, por una lado, la ansiedad que contempla como respuesta una triple dimensión (fisiológica, cognitiva y motor-conductual) (Lang, Rachman) y, por otro, el miedo como reacción de tipo sindrómico que depende tanto de la situación como de la persona (Lang, Marks).

El triple sistema de respuesta conlleva la necesidad de atender a la especificidad de la propia persona y su enfermedad en relación a las variables emocionales mencionadas (ansiedad y miedo).

La motivación, segunda variable destacable en este estudio, determina la acción de este enfermo bajo el prisma teleológico de su conducta. Concretamente, la motivación de ejecución le impulsa a lograr metas, a ser más efectivo en su quehacer diario.

CAPÍTULO 5

5.- MARCO TEÓRICO: ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

En el presente capítulo mostramos el marco de referencia en que nos basamos y las hipótesis que fundamentan la investigación.

5.1.- La Medicina Comportamental

En 1973, la importancia de la conducta en problemas de salud, ampliamente reconocida, junto con la necesidad para muchos especialistas de áreas diferentes de colaborar en problemas biopsicosociales lleva a la creación de varias sociedades profesionales como el "Center for Behavioral Medicine" (Pensilvania) y el "Laboratory for the Study of Behavioral Medicine" (Universidad de Stanford). Es en Febrero de 1977 cuando la Universidad de Yale y el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de los Institutos Nacionales de Salud proponen en la Conferencia de

Yale, para la disciplina emergente de la Medicina Comportamental, la siguiente definición:

"La Medicina Comportamental es el campo referido al desarrollo de los conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad físicas y a la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (USDHEW, 1977, p.4).

Un año más tarde se revisa esta definición para resaltar su carácter interdisciplinario, resultando de la siguiente manera:

"La Medicina Comportamental es el campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978, p.250).

Pero es Birk, en 1973, quien señala, realmente, el comienzo de esta disciplina, la Medicina Comportamental, asociándola con la técnica específica, biofeedback.

"No es quizás una exageración apuntar que una nueva "medicina comportamental", biofeedback, ahora todavía en su infancia, puede de hecho representar un importante nuevo desarrollo ..." (op.cit., p.362).

En cualquier caso, la aparición de esta nueva disciplina depende de tres importantes sucesos. El primero consiste en asumir el reconocimiento de la unión entre conducta y enfermedad (profundizando la implicación de psicólogos en el cuidado de la salud). Este reconocimiento continua con la investigación de enfermedades crónicas, como la cardiovascular, que llegan a ser, a mediados del siglo XX, la segunda causa principal de muerte en Estados Unidos.

El segundo suceso, que influye fuertemente en el desarrollo de esta disciplina, viene de la propia Psicología e implica el desarrollo de la modificación de conducta.

"La efectividad de las técnicas de modificación de conducta impresionaron a mucha gente de la comunidad médica por entonces cuando llegaba a ser aparente que un número significativo de problemas médicos tenía marcados componentes comportamentales" (Blanchard, 1982, p.795-796).

Y, un tercer suceso constituye el marcado interés por el biofeedback. Es un proceso por el cual la información sobre determinadas condiciones fisiológicas, como la tasa cardiaca, es recibida por el sujeto para que readapte su funcionamiento; es decir, este mecanismo puede utilizarlo el enfermo para aumentar su control (regulación) sobre distintos tipos de respuestas fisiológicas.

Un incremento en la preocupación sobre las enfermedades crónicas con marcados componentes comportamentales, una tecnología para el cambio conductual y las posibilidades ofrecidas por el biofeedback, contribuyeron a la formación de esta nueva disciplina denominada Medicina Comportamental.

Se pasa, 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.

Este modelo de salud alternativo entiende que aquello que el individuo hace o las conductas que lleva a cabo influyen la forma de actuación de su organismo (funcionamiento biológico).

Del mismo modo, 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).

El término de Medicina Comportamental se utiliza, entonces, para denotar un amplio campo interdisciplinar de investigación, educación y práctica, referido a la salud/enfermedad físicas, que combina elementos provenientes de las ciencias del comportamiento tales como la psicología y la sociología médica, o la antropología, y de la educación sanitaria, pero también de la epidemiología, fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina interna, enfermería, trabajo social y salud pública, entre otras, para colaborar tanto en el cuidado de la salud como en el tratamiento y prevención de la enfermedad.

De ahí que este campo de integración de conocimientos de diferentes disciplinas tanto biomédicas (anatomía, fisiología, endocrinología, epidemiología, neurología, psiquiatría) como psicosociales (aprendizaje, terapia y modificación de conducta, psicología comunitaria,

sociología, antropología) vaya dirigido a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

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

Y, las características básicas de esta disciplina se especifican de la siguiente manera:

- Presenta una naturaleza interdisciplinar, y conlleva el reconocimiento explícito de génesis multifactorial;
- Muestra interés por la investigación de factores conductuales, para la promoción general de la salud y desarrollo, prevención y tratamiento de la enfermedad, es decir, naturaleza recíproca de las relaciones entre los aspectos biofísicos y psicosociales;
- Se centra en la aplicación de estrategias conductuales para evaluación y control o modificación de este tipo de factores. Hay que ampliar las estrategias convencionales de actuación, de tipo biomédico;
- Conlleva un carácter básico y aplicado.

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 medicina.

La característica definitoria básica de la Medicina Comportamental es la consideración de la salud y enfermedad, especialmente la crónica, como estados multideterminados por un abanico de importantes variables, internas o externas, del organismo (Gallagher y cols., 1990). Y, el tipo de procesos, trastornos o enfermedades determinará la participación de estas variables:

Por un lado, las variables internas siendo éstas de tipo orgánico sean somáticas o biofísicas (genéticas, anatomofisiológicas, bioquímicas, endocrinas, inmunológicas) y de tipo comportamental o psicológicas (percepciones, pensamientos, expectativas, motivaciones, sentimientos, hábitos, conductas de riesgo, habilidades o recursos respuestas a la enfermedad).

Concretamente, en el caso de las variables comportamentales cabrían mencionar, en primer lugar, las

conductas de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, inactividad física, falta de higiene, escaso descanso (dormir poco). En segundo lugar, las estrategias de afrontamiento del estrés considerando como fundamentales los factores de predisposición que harán a los sujetos más o menos vulnerables, las capacidades, habilidades o recursos del individuo para enfrentarse a las situaciones estresantes y el soporte social del sujeto. Y, en tercer lugar, las respuestas al tratamiento médico o grado del cumplimiento del mismo¹¹⁰.

Por otro lado, las variables externas o ambientales que se refieren a todas aquellas relacionadas con las características del ambiente físico (geográficas, arquitectónicas, climáticas) y con los aspectos sociodemográficos y psicosociales (sexo, raza, estatus socioeconómico, religión, relaciones familiares, interacciones sociales, acontecimientos vitales). En cualquier caso, las más importantes son las relativas a:

¹¹⁰ La propia conducta del sujeto respecto a la enfermedad es importante, tanto por sus respuestas emocionales, sociales y laborales ante la enfermedad misma como por el grado de colaboración prestada al régimen terapéutico.

- Los estímulos estresantes ambientales, es decir, elementos básicos junto a las percepciones del sujeto en la determinación de las respuestas y estados de estrés con el correspondiente impacto en la enfermedad;
- El soporte social que es la protección que al sujeto otorga su red social, y las consecuencias positivas derivadas de la amortiguación o protección del impacto de los estímulos estresantes;
- Los comportamientos de las personas significativas próximas al sujeto, por su importante papel potenciador, inhibidor o regulador de las conductas del sujeto, especialmente relacionadas con la enfermedad y el rol del enfermo.

En definitiva, las actuaciones de la Medicina Comportamental se agrupan en áreas tan esenciales como la evaluación y tratamiento de trastornos específicos, la potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud, y la promoción general de la salud y prevención de la enfermedad.

Es indispensable la cooperación y colaboración entre los distintos profesionales de la salud, sobre todo, si se pretende llevar a cabo una evaluación y tratamiento eficaz de la enfermedad, en nuestro caso, crónica.

Por un lado, la pauta general de la actividad evaluadora en Medicina Comportamental (Melamed y Siegel, 1980) consiste, fundamentalmente, en:

- La evaluación del trastorno específico en distintas dimensiones (intensidad, duración, frecuencia);
- La identificación de circunstancias internas o externas;
- Las consecuencias del trastorno a nivel personal, familiar, laboral;
- La información y percepciones del paciente de su enfermedad;
- La evolución del tratamiento y su grado de adhesión; y,
- El seguimiento de la misma.

Y, la Medicina Comportamental, por otro lado, incorpora a los tratamientos médicos convencionales las estrategias cognitivo-conductuales comúnmente utilizadas en la terapia de conducta.

"Las teorías cognitivo-conductuales han emergido recientemente como un importante modelo conceptual de conducta. Estas teorías, sin embargo, han influido decididamente sobre las estrategias de evaluación en Medicina Comportamental" (Keefe y Blumenthal, 1982, p.12).

Saldaña (1984) establecía cuatro grandes áreas de intervención de dicha disciplina que implican:

- Intervención para modificar la conducta observable o respuesta fisiológica que en sí misma constituye un problema;
- Intervención para cambiar la conducta problema de forma indirecta, mediante la modificación del comportamiento del personal médico, con el fin de proporcionar mejores servicios;
- Intervención para mejorar los aspectos relacionados con la adhesión y observación de los tratamientos médicos y comportamentales prescritos; e,
- Intervención para modificar patrones conductuales o respuestas que constituyen factores de riesgo para la salud.

5.2.- Enfoque cognitivo-conductual

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.

Desde este enfoque:

"La valoración de respuestas individuales, si son relativas al mantenimiento de la salud, la presencia de síntomas físicos o ajustes de estrés, enfermedad o diagnóstico médico o tratamiento, debe centrarse en factores cognitivo, afectivo, conductual, ambiental y fisiológico y sus interacciones" (Karoly, 1985, p.337).

Un sello característico de esta perspectiva cognitivo-conductual es la asunción fundamental de que los

sistemas conceptual y afectivo de los individuos están intrínsecamente implicados con salud, trastorno y enfermedad.

Estos sistemas vienen determinados por:

- Primero, valores, creencias y metas respecto al mantenimiento de la salud, prevención de enfermedad y respuestas a síntomas y enfermedades;
- Segundo, información sobre enfermedades, conductas de riesgo, conductas protectoras de salud;
- Tercero, sentido de autocompetencia y autoeficacia percibida a través de experiencias previas; y,
- Cuarto, expectativas de rol y planes de acción para responder a demandas situacionales y estados internos (Pennebaker, 1982).

"Tales factores cognitivo y afectivo no sólo contribuyen a las respuestas del individuo a la enfermedad, sino también determina las formas en que la gente define salud y enfermedad, responde a síntomas e incapacidades, y utiliza el sistema sanitario"
(Károly, op.cit., p.338).

Las conductas relativas a los individuos que actúan en respuesta a concepciones de salud, trastorno y enfermedad, también influyen en el ambiente y sobre respuestas de otros que pueden reforzar.

Mechanic (1968) anota que la conducta de enfermedad conlleva tres componentes esenciales:

- Primero, la atención del enfermo a su sintomatología física o mental;
- Segundo, los procesos que afectan a cómo los síntomas están definidos socialmente; y,
- Tercero, la búsqueda de ayuda del enfermo, alterándose su rutina vital.

De ahí que existan diferencias significativas en el impacto psicológico de una enfermedad crónica, como opuesto a aguda. La enfermedad crónica es, sin embargo, una categoría definida "pobrementemente", que incluye diversas condiciones como defectos congénitos, lesiones adquiridas, enfermedades resultado de daño residual, y enfermedades

incurables con un curso progresivo o no remitente (McDaniel, 1969; Shontz, 1975; Turk, 1979).

Además, los enfermos crónicos pueden encontrarse con acontecimientos como la separación de familia y amigos, pérdida de roles claves, disrupción de planes de vida, futuro incierto e impredecible, distrés de emociones tales como ansiedad, depresión, resentimiento e indefensión. Estos factores van relacionados con cambios permanentes en su apariencia física o funcionamiento corporal (Turk, Sobel, Follick y Youkilis, 1980).

El conocimiento de sus trastornos puede estar asociado a un número de factores que incluye:

"Presencia de condiciones ambientales estresantes, percepciones del individuo de tales condiciones como estresantes, la relativa habilidad para enfrentarse o adaptarse a estas condiciones, predisposición genética a una enfermedad y la presencia de un agente de enfermedad" (Rabkin y Struening, 1976, p.1014).

Pero, el curso y resultado de una enfermedad no sólo depende del estado físico y psicológico del enfermo, sino también de la forma como reaccionan a la misma personas de su entorno pertenecientes a la familia, plantilla hospitalaria, compañeros de trabajo, jefes, amigos. La forma y magnitud de enfermedad junto con la conducta de la misma son productos de la experiencia subjetiva y definiciones sociales, así como de la severidad y calidad de síntomas actuales e incapacidad física.

El particular entorno le determina en la medida en que influye en sus pensamientos, sentimientos y acciones. Cada escenario presenta retos únicos al enfermo, requiriendo en cada caso una o más respuestas de afrontamiento por parte de éste.

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.

5.2.1.- El enfermo crónico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

El sujeto que padece la Enfermedad Inflamatoria Intestinal a menudo llega a la consulta habiendo hecho ya algunos intentos preeliminarios por comprender sus problemas y formular tratamientos y resultados posibles (Carrobbles, 1987).

Su situación personal viene caracterizada por una serie de signos y síntomas (fiebre, diarrea, sangre, mucosidad, dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos) que se manifiestan de forma súbita o progresiva, originándole un estado de alarma, sobre todo, en el caso de que no disminuyan, no desaparezcan o se repitan periódicamente.

Esta alarma se traduce en una búsqueda incesante de la causa o causas que han provocado esa situación. Baraja innumerables hipótesis con el fin de buscar una explicación que le resulte satisfactoria y tranquilice, a la vez, que le sirva para poner los medios necesarios para resolverlo.

Este enfermo comienza a formarse una idea estable de su situación (trastorno) que le facilita la búsqueda de remedios pero que, en cualquier caso, le condicionará su vida cotidiana. Su trastorno, como preocupación, llega a ocupar el centro de su vivencia y convivencia con el resto de personas (amigos, familiares, compañeros de trabajo o estudio) y acontecimientos (Brownell, 1984).

Pero, llega un momento en que esa idea no le es suficiente para explicar su trastorno y, lógicamente, pierde su validez; entiende que no se cumple la relación de causa-efecto y, por supuesto, los remedios a los que acudía resultan obsoletos.

Es este el momento en que ya sea por iniciativa propia o animado por personas cercanas, generalmente familiares, decide acudir a la consulta médica.

La dilación en el tiempo, desde que aparecen los síntomas hasta que acude al especialista, suele depender de la gravedad con que se manifiestan éstos (Burish y Bradley, 1983).

Los primeros momentos en el enfermo, tras el diagnóstico, van a ser fundamentales de cara, sobre todo, a la evolución de su enfermedad. El sujeto debe asumir, cuanto antes, su responsabilidad siendo protagonista activo de esta nueva experiencia (enfermedad crónica). En estos momentos iniciales son aspectos importantes su posible resistencia inicial, las características del terapeuta, la preparación para posibles regresiones, crisis o brotes y las intervenciones de trabajo en su casa, que a continuación iremos planteando (Gerber y Nehemkis, 1986).

El escenario referencial juega un papel destacado en las expectativas iniciales del enfermo que puede influir en su conformidad. Cameron y Shepel (1980) señalan que la actitud del enfermo hacia el profesional puede afectar su conducta (enfermo) con la nueva terapia.

De igual manera que al tratar con enfermos hospitalizados, las relaciones con la plantilla son también sustanciales en los primeros momentos. Las actitudes y mensajes de la plantilla de sanitarios que, lógicamente están más tiempo con los enfermos que los propios médicos, forman parte decisiva de cara a influir en

las expectativas de éstos y aceptación del tratamiento (Gillmore y Hill, 1981).

Una vez que el terapeuta aprecia las fuentes de aprehensión, temor, creencias, necesidades y, de este modo, qué es lo que conduce a la no conformidad, el significado de resistencia cambia, y con ello se constituye como parte del proceso terapéutico.

Lo que a menudo se pasa por alto es que el enfermo pueda resistirse al tratamiento que no coincida con su comprensión y expectativas. Tal resistencia no tiene que representar un obstáculo en sí mismo de cara a lograr un adecuado proceso terapéutico, ya que este paciente y su terapeuta pueden trabajar juntos para conseguir una comprensión similar y establecer expectativas comunes. Dicha resistencia puede ser concebida como, parcialmente, el resultado de una incompatibilidad entre las creencias, actitudes de éste y del profesional (Jones, Wiese, Moore y Haley, 1981).

Además, las actitudes de los enfermos respecto a sus síntomas, su susceptibilidad a la enfermedad, sus

médicos y la eficacia de tratamientos se entiende que están relacionados con características de adhesión a recomendaciones médicas (Maiman, Becker, Kirscht, Haefner y Drachman, 1977).

No olvidemos que en el mismo momento en que el terapeuta comienza a comprender la perspectiva del enfermo, ésta generalmente comienza a cambiar.

Ya señalan, Szasz y Hollander (1956), que cualquier intento de incrementar la adhesión debe pasar por la creación de un marco de colaboración en el que el enfermo y el profesional se dividan igualmente la responsabilidad del cuidado de este enfermo.

Y, más tarde, Barofsky (1978) argumenta que en adición a los términos sumisión y adhesión puede añadirse un tercero, "alianza terapéutica". En el caso de los dos primeros indican patrón externo, en cambio la alianza terapéutica implica un acuerdo recíproco negociado entre enfermo y profesional que puede resultar de un desarrollo de relación social positiva.

Dentro de este marco, el enfermo y el profesional trabajan juntos para establecer metas para el autocuidado. Sin la cooperación del enfermo, es probable que fallen los más minuciosos regímenes de autocuidado apropiados médicamente. El profesional puede tener buena voluntad para comprometer y, quizás, cambiar algunos componentes de un régimen idealizado que no será seguido, por otro que puede ser menos ideal pero que tiene alguna probabilidad de ser apoyado.

El cuidado debe estar orientado a asegurar que las metas no sean superiores a las capacidades del enfermo. Los primeros contratiempos pueden conducir a autopercepciones y sentimientos negativos de autoeficacia. Es particularmente importante realzar la percepción de autocompetencia del enfermo.

En la intervención cognitivo-conductual, por tanto, se comienza evaluando la experiencia de los enfermos para comprender mejor cómo construyen los problemas que se les presentan (Sank y Shaffer, 1993).

La tarea de tratar con ciertos problemas de trastorno crónico no consiste en erradicar el trastorno original (esto podría ser imposible) sino en alterar el comportamiento asociado con dicho trastorno. En muchos casos, su comportamiento es el centro de la experiencia de enfermedad y el objeto de la preocupación clínica.

Teniendo en cuenta que la experiencia de vida del enfermo crónico es única, la aplicación de una tecnología conductual fallará, a menudo, si no se incorpora el reconocimiento de sus necesidades únicas en el plan terapéutico.

Como indica A. Beck (1979) esa evaluación puede ayudar al terapeuta a darse cuenta de que los enfermos resistentes o negativistas se consideran como incompetentes e indefensos creyendo imposible cambiar. El terapeuta debe intentar, por consiguiente, comprender su particular perspectiva (su conocimiento sobre su situación y experiencias).

En consecuencia, el enfoque cognitivo-conductual se debe asentar, con notable énfasis, en el proceso dirigido al aumento del autocuidado mientras presenta técnicas

específicas para, al mismo tiempo, aumentar la adhesión del paciente (Turk y Meichenbaum, 1983).

Un segundo punto, en relación a los primeros momentos tras el diagnóstico médico, son las características del terapeuta que juegan un destacado papel en la creación de una atmósfera en la que el enfermo pueda revelar sus pensamientos y sentimientos.

Dunbar (1980) señala que la prisa, las interrupciones, la falta de tiempo para escuchar, la inatención y la no identificación de los problemas del enfermo desde su propia perspectiva contribuyen a una escasa disposición a continuar con el profesional, rompiendo la relación positiva entre el médico y el enfermo.

El ofrecer información y consejo de forma útil, la claridad de las instrucciones y tareas para casa, así como la habilidad para no minusvalorar o ignorar mensajes del enfermo relativos a malos resultados son importantes habilidades del terapeuta que afectan a la resistencia del enfermo y su adhesión al tratamiento.

Incluso, es esencial implicar a otros significativos (padres, hermanos, cónyuge, amigos) en el programa de tratamiento. Baekeland y Lundwall (1975) revisan una serie de estudios que examinan la relación entre apoyo social y nivel de abandono del tratamiento. En todos los casos, la falta de participación de otros significativos se relaciona con un alto nivel de abandono.

"... El individuo a menudo adquiere un sentido de estar menos extraño y marginado del resto de la humanidad" (Moos, 1989, p.414-415).

Es absolutamente necesario apoyar y respaldar a estos enfermos crónicos, implicándose en su proceso terapéutico. Su enfermedad no puede ser motivo de marginación o falta de apoyo social.

El apoyo social reduce la experiencia de estrés (inadecuación) y aumenta los niveles de salud y bienestar. Se entiende que el apoyo social tiene la capacidad de mitigar o amortiguar el impacto del estrés en la salud (Gentry, Benson y Wolff, 1985).

Cobb (1979) concluye que la relación entre apoyo social y conducta cooperativa del enfermo es:

"... una de las mejores relaciones documentadas en la sociología médica" (op.cit., p.168).

Un tercer punto consiste en dejar claro a este enfermo que el progreso casi con seguridad no será lineal; la evolución de su enfermedad crónica se caracteriza, unas veces, por buenos momentos en los que ésta se mostrará inactiva, y otras, momentos críticos que vienen definidos por la intensidad de los brotes. Y, la decepción es necesario no extenderla, entendiendo que la falta de progreso puede ser informativa.

Resulta útil anticipar al enfermo la posible recaída y cómo enfrentarse con el problema conductual cuando se repita (Marlatt y Gordon, 1980).

Cameron (1978) anota que la adhesión terapéutica puede incrementarse si el terapeuta selecciona y presenta intervenciones periódicas de forma que permita al paciente revisarlas siendo esta dinámica suficientemente eficaz para tratar el problema.

El feedback de cualquier acción (situación - problema) requiere que el enfermo interprete la experiencia adecuadamente. Y, además, considerar los distintos éxitos y fracasos como variables para futuras acciones. En relación a los éxitos es fácil comprender cómo el enfermo es animado a continuar con la acción apropiada; sin embargo, más difícil resulta interpretar un fracaso de tal forma que guíe un adecuado autocuidado en el futuro.

El enfermo necesita aceptar este fracaso como un suceso temporal, algo que ocasionalmente puede ocurrir (por ejemplo, un brote) pero que no debe impedir subsiguientes autocuidados.

Finalmente, constatar que las intervenciones cognitivo-conductuales hacen uso considerable del trabajo en casa ubicado en el ambiente natural donde el enfermo debe seguir su comportamiento cotidiano, una vez que la terapia

como tal haya concluido; el terapeuta debe asegurarse, no obstante, de que el enfermo haya comprendido la razón fundamental y meta de cada tarea.

El terapeuta, en primer lugar, no puede, lógicamente, estar constantemente con este enfermo que debe conseguir llevar una vida lo más normalizada posible, evitándo que su patología crónica afecte a todos los órdenes de su vida. Y, en segundo lugar, este terapeuta debe ayudar y apoyar a esta persona para que consiga funcionar autónomamente.

5.2.2.- El terapeuta y la terapia como guía y apoyo

Una importante revisión de terapias cognitivo-conductuales (Mahoney y Arnkoff, 1978) abarca gran diversidad de acercamientos como: la terapia racional emotiva, la terapia cognitiva, terapias de afrontamiento, terapias de resolución de problemas, entrenamiento auto-instruccional, y acercamientos de autocontrol.

A través de estas terapias cognitivo-conductuales se hacen efectivos, de diversas formas, algunos elementos comunes e identificables: las intervenciones son generalmente activas implicando al sujeto con tiempo limitado, y equitativamente estructurado, con la suposición fundamental de que el afecto y la conducta están ampliamente determinadas por la forma en que el individuo construye el mundo.

La perspectiva cognitivo-conductual se centra primariamente en las cogniciones que guían la conducta y cómo tales son promovidas por la forma en que el individuo construye su mundo. El mayor apuntalamiento teórico de este exámen, teoría del aprendizaje social, sostiene que el comportamiento es recíprocamente determinado por las estructuras, procesos y productos cognitivos de un individuo (creencias, pensamientos automáticos e imágenes, habilidades de afrontamiento para la resolución de problemas), conductas interpersonales, y sus consecuencias resultantes del ambiente (Bandura, 1978; Meichenbaum y Turk, 1982).

La terapia, por tanto, está diseñada para ayudar al enfermo a identificar la realidad, corrigiendo

conceptualizaciones distorsionadas y creencias disfuncionales.

Se ayuda al enfermo a reconocer las conexiones entre cognición, afecto y conducta, junto con sus consecuencias, y se le anima a llegar a ser consciente de su situación y reconducir el papel que pensamientos negativos e imágenes juegan en el mantenimiento de la conducta inadecuada (Turk y Speers, 1983).

Esta conducta inadecuada viene determinada, esencialmente, por tres tipos de conductas: verbal, motórica y fisiológica.

Parte de la conducta verbal se refiere a toda esa serie de quejas, emitidas oralmente, originadas a partir de dolores abdominales, náuseas, fiebre, vómitos, incluso cambios en los hábitos intestinales.

La conducta motórica del enfermo crónico, por otro lado, se traduce en la frecuente visita al médico, toma de fármacos, cambios en la comida y bebida.

Y, la conducta fisiológica que contempla, fundamentalmente, cambios en la motilidad de su intestino. Como resultado de esto, en algunos casos y ocasiones (ante un brote severo), supone cambios en la conducta social del enfermo como los contactos que mantiene con sus amigos, la participación en determinadas actividades (práctica de deporte, asistencia a encuentros deportivos, teatro), la conducta en su trabajo (cumplir con un determinado horario, realizar tareas en un tiempo limitado), y en casa (mantener un diálogo distendido).

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.

El cambio positivo en una de estas áreas (cognición, afecto y conducta) puede promoverlo en las otras.

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, 1976, 1977; Bandura, op.cit.), presentado por autores con diferentes bases teóricas (Lewin, 1935; Murray, 1938; Staats, 1963; Klein, 1970; Wachtel, 1977).

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 (Bandura, 1977; Mahoney, 1979).

Es así que resulta necesario contemplar preguntas como : ¿en qué situaciones se da la queja?, ¿cómo reacciona el enfermo?, ¿cuál es la frecuencia e intensidad de las quejas?, ¿cómo reacciona el medio social a sus quejas?, ¿qué factores empeoran sus quejas?, ¿qué factores reducen éstas? La identificación del problema y el análisis conductual pueden provocar mejora del tratamiento.

El diagnóstico y análisis de conducta de las quejas del enfermo debe preceder cualquier tratamiento. Esto es esencial debido al amplio número de factores ambientales e internos (psicológicos) que pueden mantener su sintomatología (Meichenbaum, op.cit., 1977).

En general, los terapeutas cognitivo-conductuales emplean manipulaciones ambientales, como hacen los terapeutas conductuales, pero para este "formador" tales manipulaciones representan procesos de feedback informacional que proporciona una oportunidad para que el enfermo pregunte, aprecie y adquiera autocontrol sobre cogniciones desadaptativas, sentimientos y conductas.

En cualquier caso, una característica clave del tratamiento cognitivo-conductual consiste en facilitar la

emergencia de una nueva conceptualización sobre el curso de terapia. El terapeuta ayuda al enfermo a traducir sus síntomas (por ejemplo, tenesmo) en dificultades que pueden ser precisadas y examinadas como problemas específicos (salir a dar un paseo tomando precauciones). Esto va unido a las dos actividades primarias que ayudan al enfermo a adoptar la nueva perspectiva del problema presentado (enfermedad crónica), por un lado, la recogida de datos sobre sí mismo (autoinforme) y, por otro lado, la formación de un nuevo marco dentro del cual comprender el problema. A menudo, esto ocurre simultáneamente más que secuencialmente (Hersen y Bellack, 1976; Kendall y Hollon, 1980).

Por tanto, lo primero será animar al enfermo a ofrecer sus evidentes puntos de vista, coincidan o no con los que se deban desarrollar. Los objetivos, en este momento, deben ser ayudar a éste a examinar, de una manera más diferenciada, sus problemas y reacciones presentadas, así como promover un acercamiento entre él y su terapeuta.

El terapeuta responde selectivamente a los estados del enfermo, sus preguntas, ofrece interpretaciones o

proporciona explicaciones, implícita o explícitamente le anima a reconstruir los problemas discutidos.

A través de la recogida de datos¹¹¹ ya sea de manera formal o/e informalmente se facilita decisivamente la reconceptualización de sus problemas ya presentados (Ciminero, Calhoun y Adams, 1977; Cone y Hawkins, 1977; Merluzzi y cols., 1981).

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.

Entendiendo que una persona está bajo estrés cuando ha de hacer frente a demandas conductuales que le resultan difícil llevar a cabo o satisfacer. Estas exigen y/o provocan un incremento importante de la energía fisiológica del organismo (activación), un rápido

¹¹¹ La recogida de datos puede venir determinada por instrumentos estandarizados (formal) o/y autoinformes apuntados por procedimiento imaginario o proporcionando anécdotas requeridas por el terapeuta (informal).

procesamiento de la información tanto externa como interna, con frecuencia consistente en estímulos poco usuales y bastante complejos, junto con la búsqueda y posterior puesta en marcha de conductas que permitan satisfacer dichas demandas, alcanzar un nivel óptimo de tranquilidad¹¹² (Fuentenebro y Vazquez, 1990).

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.

En cualquier caso, es fundamental que finalmente la persona reconozca su nueva situación como adecuada y atribuya este cambio a una alteración en sí mismo más que a circunstancias externas, es decir, se sienta agente activo en su vida. El enfermo, con toda seguridad, tenderá a ver un cambio real si hay diferencias constatables no sólo en la relación con su terapeuta, sino también en su funcionamiento diario fuera de la sesión de tratamiento, con sus

¹¹² Es decir, la reducción de la discrepancia cognitiva.

familiares, amigos, trabajo (Jeammet, Reynaud y Consoli, 1982; Caballo, 1993).

Incluso si los cambios tienen lugar fuera de la terapia, no es fácil que el enfermo se dé cuenta espontáneamente de los mismos o los atribuya a su propio esfuerzo. Estimulándole a anotar y discutir aquellos cambios que ocurren en el mundo "real", el terapeuta puede fomentar mayor atención a los datos que le puedan conducir a la clara conclusión de que están efectivamente cambiando.

Sin embargo, no es suficiente para este enfermo ser consciente de que el cambio está ocurriendo; debe atribuir ese cambio a sí mismo. El terapeuta puede animar tal autoatribución, al menos, de dos formas. En primero lugar, al preparar el proceso educacional sobre el entrenamiento de habilidades; en segundo lugar, cada vez que un enfermo informa de un cambio positivo, ya que puede ser ventajoso para animarle a considerar cómo él ha ocasionado ese cambio. El objetivo aquí es no sólo provocar una autoatribución, sino también asegurar una comprensión de cómo ocurre el cambio. En este caso, el enfermo se encuentra en una mejor posición para abordar actuaciones comparables en el futuro, si ha desarrollado estrategias de

afrontamiento al margen de la experiencia personal (Sank y Shaffer, op.cit.; Gregg y cols., 1989).

En resumen, lo que se sugiere es un modelo evidencial de cambio a través del cual el terapeuta ayuda a los enfermos a generar, recoger y reconstruir datos (hechos). El punto central de la terapia está en el entrenamiento de habilidades cognitivo-conductuales que conduce a alteraciones en la conducta, autocomunicaciones y, finalmente, cambia las estructuras cognitivas (creencias, sistemas de significado).

5.3.- La calidad de vida como objetivo primordial

La enfermedad crónica, en sí misma, es un factor potencial que interfiere en la calidad de vida del sujeto (cansancio, tratamiento médico, esfuerzos físicos), además de facilitar la aparición de acontecimientos estresantes tales como discomfort durante largos periodos, múltiples hospitalizaciones, procedimientos intrusivos de diagnóstico (endoscopias), problemas laborales, problemas afectivos.

Estas situaciones pueden conducir a ciertos desajustes comportamentales que, probablemente, variarán en función de las expectativas del enfermo en torno a su enfermedad (pensamientos sobre su gravedad, su futura hospitalización o intervención quirúrgica) y de la carencia o inadecuación de estrategias de afrontamiento ante tales situaciones (dependencia de apoyo emocional de una persona clave, problemas laborales, delegación de responsabilidades).

Esta investigación pretende ser un primer paso dirigido a la consecución de una plena calidad de vida en estos sujetos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Este concepto, calidad de vida, es relativamente reciente en la literatura científica. Tal y como señala De Haes (1986) este término no aparece en el Index Medicus hasta 1975 en que figura como un subepígrafe de la etiqueta "filosofía" y más tarde, en 1977, aparece el tema con entidad propia. Así mismo, su surgimiento se encuentra vinculado a un contexto y lugar concreto, los Estados Unidos de América y la satisfacción de necesidades político-económicas propias, con ello, la creación del "Estado de Bienestar" (Ibañez, 1984; Ibañez y Andreu, 1988).

No obstante, aunque seamos conscientes de que el concepto de calidad de vida no incluye, en su contenido, nuevos aspectos que se hubiesen ignorado en la investigación previa (médica y psicológica), es importante su consideración, al menos, por cuatro razones:

- Primera, utiliza un constructo que resume de modo sencillo y factible de evaluar en ámbitos clínicos el amplio espectro de la problemática que supone la situación del enfermo con sus características peculiares;
- Segunda, recoge la preocupación surgida del campo médico por la calidad de vida de la supervivencia del enfermo versus la cantidad de la misma, lo que supone la posibilidad de una acción interdisciplinar coordinada que, a todas luces, redunde en el bienestar del enfermo;
- Tercera, evita las connotaciones negativas del término adaptación. Calidad siempre implica bienestar, mientras que adaptación puede significar la mera aceptación de hechos sin que suponga la necesidad de una búsqueda de algo mejor; y,

- Cuarta, aunque el componente subjetivo del concepto supone un reto para el investigador, el aceptarlo junto a variables más operacionalizables e incluso objetivas, posibilita establecer interrelaciones que permiten apresar significados personales y enriquecer el conocimiento que se tiene de los aspectos funcionales que son importantes para estos individuos.

En definitiva, hablar de calidad de vida supone hablar de percepción subjetiva y de capacidad funcional en distintas áreas (Donovan y cols., 1989; Font, 1988; McMillen Moinpour y cols., 1989). Éstas pueden implicar:

- Síntomas producto de la enfermedad o los tratamientos (por ejemplo, dolor abdominal, diarrea, fiebre);
- Parámetros de bienestar corporal (por ejemplo, presencia o no de dolor);
- Aspectos de funcionamiento personal que incluyen autonomía y capacidad laboral (por ejemplo, salir de casa sin temor a determinados altercados como una diarrea repentina e incontrolable);

- Aspectos de funcionamiento psicológico¹¹³ que incluye, por un lado, la satisfacción con el cuidado médico incluida la información que se recibe y, por otro, el distress emocional (fundamentalmente, ansiedad y depresión);
- Relaciones de pareja y familia; y,
- Aspectos sociales-económicos, entendiendo por los mismos los problemas económicos que pueden generar la situación de enfermedad, los cambios en las actividades y encuentros sociales.

Por tanto, la principal función consiste en mejorar o mantener el funcionamiento (a menudo, a través del alivio de síntomas). Un remedio para una enfermedad resulta ser de poco valor si aliviando la enfermedad no mejora la calidad de vida o cambio la posibilidad de que ésta fuera afectada, alguna vez, en el futuro.

No olvidemos que la Organización Mundial para La Salud (OMS) define salud como un estado de completo

¹¹³ Se refiere a las cogniciones y emociones relacionadas directamente con la enfermedad.

bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad hasta el punto de la totalidad de la vida y la relevancia del componente social (Matarazzo, 1980).

De ahí que el objetivo de la mayoría de las intervenciones sea extender la duración de la vida y mejorar la calidad de la misma.

De acuerdo con la definición, cuatro escenarios de acción se requieren para modificar la calidad de vida:

- Primero, la evaluación y definición de los problemas y prioridades del enfermo crónico;
- Segundo, la planificación del tratamiento con enfermos completamente implicados. Este paso requiere completa discusión con éste y su familia, así como perspicacia en el enfermo con las dinámicas de la situación;
- Tercero, la implementación del plan de acción tanto por el enfermo como por el equipo clínico. Esta meta se puede llevar a cabo para mejorar síntomas físicos, alterando el estatus psicológico, o reduciendo

la expectativa del individuo mientras todavía conserve esperanza; y,

- Cuarto, la evaluación de los resultados y revaloración del problema. Esta parte es un componente esencial de la definición de calidad de vida.

"En adición al derecho humano a la salud y protección social, hay una preocupación más marcada por el derecho del individuo a controlar su propia vida y muerte; por lo tanto, el derecho a detallar la información médica y participación en la toma de decisión médica es apoyada. El modelo de conducta ideal del paciente y de la relación ideal médico-paciente ha cambiado profundamente" (Holland y Zittoun, 1990, p.27).

La calidad de vida debe ser descrita y medida solamente en términos de cada individuo dependiendo de experiencias pasadas, esperanzas futuras, sueños y ambiciones, incluyendo todas las áreas de vida. Abarca el "informe" del impacto de enfermedad y tratamiento.

Una buena calidad de vida se puede decir que está presente cuando las esperanzas y expectativas de un individuo están emparejadas y cubiertas con la experiencia.

La calidad de vida cambia con el tiempo, y bajo circunstancias normales puede variar considerablemente. Las prioridades y metas de un individuo deben ser realistas, siendo consciente que cambian con el paso del tiempo, se modifican con la edad y experiencia (De Haes, 1986).

Para mejorar la calidad de vida, por tanto, es necesario intentar reducir el intervalo entre esperanzas y sueños, en relación con lo que normalmente sucede.

Por tanto, calidad de vida mide la diferencia, en un particular período de tiempo, entre las esperanzas y expectativas del individuo, y las experiencias actuales del individuo. Se refiere a la diferencia entre metas percibidas y actuales. Es una evaluación del potencial para el crecimiento personal (desarrollo).

5.4.- Hipótesis de investigación

Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, con el entrenamiento psicológico en relajación, mejorarán su estado en cuanto a aspectos físicos, sociales y psicológicos frente a los no tratados psicológicamente.

A partir de esta hipótesis general, verificamos la siguiente serie de hipótesis:

- Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor clima familiar que los no tratados psicológicamente.
- Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor clima laboral que los no tratados psicológicamente.

- Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un nivel más alto de motivación de ejecución que los no tratados psicológicamente.

- 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.

- Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un nivel más bajo de temores que los no tratados psicológicamente.

- Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor estado físico que los no tratados psicológicamente.

- Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, se les prescribirá menores dosis de fármacos que los no tratados psicológicamente.

C A P Í T U L O 6

6.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo abarcamos, referido a la investigación que nos ocupa, los siguientes puntos: método (sujetos, variables, instrumentos, diseño), resultados, discusión y conclusiones.

6.1.- Introducción

El objetivo fundamental de la metodología a desarrollar para esta investigación experimental es detectar el posible efecto de una determinada variable que se manipula - variable independiente (entrenamiento en relajación) sobre las variables dependientes (ansiedad, clima social, temores y motivación).

Para ello, siguiendo un muestreo estratificado, debemos mantener constantes los efectos de otras variables

que puedan afectar al experimento - variables extrañas (sexo, edad, estado civil, nivel sociocultural), evitando un sesgo en sus resultados finales.

Esto facilitará que, en caso de encontrar diferencias en las puntuaciones de variables dependientes entre los grupos experimentales (tratamiento y control), podamos entresacar conclusiones referidas a la manipulación efectuada (entrenamiento en relajación).

6.2.- Método

En el método incluimos cuáles son los criterios de elección de la muestra, las respectivas variables, los instrumentos utilizados y el diseño de investigación.

6.2.1.- Sujetos: criterios de elección de la muestra

Los criterios de elección de la muestra son, esencialmente, la edad, el sexo, la enfermedad inflamatoria y la asignación a los dos grupos experimentales.

CRITERIOS DE ELECCIÓN	MUESTRA
EDAD	18 a 67 años
SEXO	50% (hombres) y 50% (mujeres)
PATOLOGÍA	Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa
ASIGNACIÓN	Aleatoria (30 sujetos por grupo)

Ilustración 8: Criterios de elección de la muestra.

Esta investigación de carácter propiamente experimental se lleva a cabo en el Hospital de Galdácano (Vizcaya) con sujetos adultos de edades comprendidas entre

18 y 67 años, en idéntica proporción en relación a la variable sexo.

Estos sujetos son diagnosticados, bajo informe facultativo, de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Dicho diagnóstico, que se fundamenta en una exhaustiva analítica y en un examen visual por medio de la técnica Colonoscopia, lo realizan miembros del Equipo Médico del Departamento de Digestivo del Hospital de Galdácano.

Asimismo, se especifica si se trata, concretamente, de Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa (aquéllos que presentan una Enfermedad Inflamatoria Intestinal de carácter inespecífico son excluidos de la investigación).

Los sujetos son incluidos en la investigación de forma aleatoria conforme a una citación médica previa, señalando el día, mes y hora, en Consultas Externas de Digestivo del mencionado hospital.

Todos estos sujetos tienen iguales oportunidades de ser asignados a cualquiera de los dos grupos de la investigación. Se distribuyen los sujetos en un número de 30 para el grupo de tratamiento (aquellos que son sometidos a

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

un entrenamiento individual en relajación y su correspondiente tratamiento médico-farmacológico), y otros 30 sujetos para el grupo control (sujetos sometidos única y exclusivamente a su correspondiente tratamiento médico-farmacológico).

El conjunto global de los sujetos, que cubren el intervalo de edad anteriormente mencionado, presentan una media de 41 y 38 años, respectivamente, en los grupos control y tratamiento.

El estado civil de los mismos, en su mayoría (70 por ciento), se define como casado. Y, los niveles socioculturales más destacados de la muestra son, por un lado, obreros con estudios primarios o sin ellos (66 por ciento) y sujetos con estudios de bachillerato en cuadros técnicos bajos (13 por ciento).

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 por ciento). 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 por ciento). Únicamente, el 36,7 por ciento de la muestra ha sido intervenido quirúrgicamente en relación a la Enfermedad, al menos, una vez.

Finalmente, es de constatar que al comienzo de esta investigación, solamente, el 13,3 por ciento se encuentra en situación de brote.

6.2.2.- Variables

Las variables descriptivas son:

- Tipo de patología : el sujeto diagnosticado de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal puede ser, de forma específica, clasificado como Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa.
- Años de evolución : se trata de indicar los años que lleva el sujeto con su enfermedad, es decir, cuánto tiempo ha pasado desde que le fue diagnosticada. Esta variable viene determinada por el número de años.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

- Intervención quirúrgica : se señala si ha sido o no intervenido quirúrgicamente el enfermo al menos una vez.
- Último brote : se indica cuándo tuvo la última recaída o recurrencia de signos y síntomas de la enfermedad.
- Signos y síntomas: se indica si tuvo o no cada uno de los siguientes, propios de esta enfermedad inflamatoria: sangre, mucosidad, diarrea, dolor abdominal, fiebre, bajar peso, vómitos.
- Asintomático : se señala si la enfermedad actualmente es asintomática, es decir, no existe ninguna señal que indique actividad de la misma.
- Antecedentes familiares : se señala si existe o ha existido algún familiar cercano que padezca o haya padecido esta enfermedad o síntomas diarreicos.
- Actividad de tiempo libre : el enfermo señala si realiza alguna actividad en su tiempo libre.
- Repercusión en el hogar : se indica si piensa el sujeto que su enfermedad influye en el ambiente o clima familiar.

- Repercusión en el trabajo : se indica si piensa el sujeto que su enfermedad influye en el ambiente o clima laboral.
- Causa estimada por el enfermo sobre el origen de su patología: se destaca lo que el sujeto cree que pudo originar su enfermedad.
- Circunstancias, según el propio sujeto, que empeoran su enfermedad : se destaca lo que el sujeto cree que le empeora su estado o provoca un brote.
- Circunstancias, según el propio sujeto, que mejoran su enfermedad : se destaca lo que el sujeto cree que mejora o elimina síntomas de la enfermedad.
- Autodefinición : se indica lo que piensa el propio paciente sobre sí mismo.
- Estado actual del sujeto : el enfermo señala cómo se encuentra actualmente respecto a su enfermedad.
- Número de consultas : se señala el número de veces que el enfermo acude a la consulta del médico especialista en Enfermedad inflamatoria Intestinal a lo largo de la presente investigación.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

VARIABLES DESCRIPTIVAS	OPERATIVIZACIÓN
TIPO DE PATOLOGÍA	<i>Enfermedad de Crohn: 1 Colitis Ulcerosa: 2</i>
AÑOS DE EVOLUCIÓN	<i>Número de años de padecimiento de la enfermedad desde el momento del diagnóstico.</i>
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	<i>No: 1 Sí: 2</i>
ÚLTIMO BROTE	<i>Número de años transcurridos desde el último episodio.</i>
SIGNOS Y SÍNTOMAS	<i>No: 1 Sí: 2</i>
ASINTOMÁTICO	<i>No: 1 Sí: 2</i>
ANTECEDENTES FAMILIARES	<i>Primera generación: 1 Segunda generación: 2 Ninguno: 3</i>
ACTIVIDAD DE TIEMPO LIBRE	<i>No: 1 Sí: 2</i>

Ilustración 9: la operativización de las variables descriptivas.

VARIABLES DESCRIPTIVAS	OPERATIVIZACIÓN
REPERCUSIÓN EN EL HOGAR	No: 1 Sí: 2
REPERCUSIÓN EN EL TRABAJO	No: 1 Sí: 2
CAUSA ESTIMADA POR EL ENFERMO SOBRE EL ORIGEN DE SU PATOLOGÍA	No sabe: 1 Dieta deficiente: 2 Nerviosismo: 3 Desgracias: 4
CIRCUNSTANCIAS, SEGÚN EL PROPIO SUJETO, QUE EMPEORAN SU ENFERMEDAD	No sabe: 1 Estación: 2 Temperatura: 3 Nerviosismo: 4
CIRCUNSTANCIAS, SEGÚN EL PROPIO SUJETO, QUE MEJORAN SU ENFERMEDAD	No sabe: 1 Estación: 2 Temperatura: 3
AUTODEFINICIÓN	Nervioso-impulsivo: 1 Nervioso: 2 Tranquilo: 3
ESTADO ACTUAL DEL SUJETO	Bien: 1 Normal: 2 Mal: 3
NÚMERO DE CONSULTAS	Número de veces que acude a la consulta médica durante el estudio

Ilustración 9 (bis): La operativización de las variables descriptivas.

Un segundo grupo son las variables extrañas:

- Sexo : se establecen los grupos control y tratamiento de forma homogénea conforme a su condición orgánica, un 50 por ciento son hombres y el otro 50 por ciento son mujeres.
- Edad : los sujetos se encuentran comprendidos entre los 18 y 67 años.
- Estado civil : se indica la condición social en que se encuentra la vida de cada enfermo.
- Nivel sociocultural : el estatus o grado correspondiente al nivel de estudios del propio sujeto y a la profesión que actualmente posee.

VARIABLES EXTRAÑAS	OPERATIVIZACIÓN
SEXO	Hombre:1 Mujer: 2
EDAD	Número de años de vida del paciente
ESTADO CIVIL	Soltero: 1 Casado: 2 Divorciado/Separado:3
NIVEL SOCIOCULTURAL	Carrera universitaria superior con profesión de directivo y profesiones liberales: 1 Carrera media con profesión como empleados medios fijo en Estado o Banca: 2 Bachillerato con profesiones especializadas como oficinistas y cuadros técnicos bajos pero empleados fijos: 3 Graduado escolar como obreros cualificados: 4 Sin estudios o estudios primarios como obreros o personas en paro: 5

Ilustración 10: La operativización de las variables extrañas.

En cuanto a la variable independiente, ésta es el entrenamiento en relajación que se aplica únicamente al grupo experimental. Esta variable va a definir el cambio

obtenido o simplemente esperado en el grupo experimental en relación con el grupo control. Este entrenamiento se basa en la Relajación Progresiva de Jacobson del año 1938.

En el mismo momento en que se manifiesta un determinado nerviosismo, emoción o perturbación, se trata siempre de procesos corporales localizados, episódicos, transitorios y variables de las diversas partes de la musculatura del esqueleto.

Jacobson estudia de forma específica esta vertiente fisiológica y considera que el sentido de la relajación estriba en las relaciones recíprocas que se establecen entre el reposo del tono periférico y la aquiescencia de las regiones corticales correspondientes a las aferencias sensitivas y efecto motoras. A través de la doble corriente córtico-periférica y somatocortical se establece el principio de la relajación neuro-muscular y, en ella, se funda su significación (Jacobson, 1974).

La historia del entrenamiento en relajación consta de dos fases distintas. La primera fase empieza con el trabajo pionero de Edmund Jacobson, quien en 1934 desarrolla un método fisiológico para combatir la tensión y la

ansiedad. La segunda fase se inicia con Joseph Wolpe quien modifica los procedimientos de Jacobson y los aplica en un programa sistemático de tratamiento (Bernstein y Borkovec, 1983; Masson, 1985).

Jacobson empieza su trabajo en 1908 en la Universidad de Harvard. Sus primeras investigaciones le llevan a la conclusión de que la tensión implica un esfuerzo que se manifestaba en el acortamiento de las fibras musculares, que esta tensión se presenta cuando una persona manifiesta "ansiedad" y que tal ansiedad puede ser eliminada haciendo desaparecer la tensión.

Descubre que tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos, aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión-relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares experimentando una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios es la Relajación Progresiva (1938), una descripción teórica de su teoría y procedimientos. Cuatro años antes se escribe "Tú debes relajarte" como una versión para no profesionales del mismo material.

Jacobson demuestra 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 (1958, 1975 en Bernstein y Borkovec, op.cit.).

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. Los terapeutas de Wolpe emplean la sugestión directa e incluso procedimientos hipnóticos para facilitar el conocimiento de las sensaciones corporales.

El término de relajación local se emplea cuando se trata de un grupo muscular determinado; cuando la relajación afecta al conjunto del cuerpo, se denomina relajación general. Se utilizan dos técnicas distintas: en primer lugar, la relajación progresiva; y, en segundo lugar, el método de autorregulación del funcionamiento o relajación

diferencial, que se define como el mínimo de contracción muscular necesaria para la ejecución de un acto, al mismo tiempo que se relajan los músculos cuya actividad no es indispensable para la realización de ese acto (Cautela y Groden, 1985; Masson, op.cit.).

Jacobson, en su caso, enseña a los sujetos una relajación sistemática. Dispone primero una serie de ejercicios preeliminares que enseñaban al enfermo lo que significa tensión muscular. Después, éste 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, op.cit.).

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 uno de los ejercicios se distinguen dos estados importantes: tensión y relajación muscular.

El primer grupo de músculos se corresponde con los brazos (primera y segunda sesión). Una vez presentado al paciente el aparato de biofeedback, se echa de espaldas y cierra los ojos, sin cruzar las piernas; e intenta no moverse. Primeramente, levanta el brazo derecho y cierra el puño. Mientras hace esto, debe prestar atención a la percepción de tensión en todo el brazo. Posteriormente, deja caer el brazo, abre el puño y mantiene los dedos estirados, sin violencia. Siguen unos instantes de descanso. El ejercicio se repite dos veces más. Y, lo mismo con el brazo izquierdo, incluso, ambos brazos.

El segundo grupo de músculos lo constituyen las piernas (tercera sesión). El paciente se echa, nuevamente, de espaldas con los ojos cerrados y sin cruzar las piernas. Flexiona ambos pies hacia abajo (a la altura de los tobillos), no doblando las rodillas. Ulteriormente y, al mismo tiempo, los dedos de los mismos. Se suprime repentinamente esta tirantez de los pies y dedos, descansando unos minutos. El sujeto con este ejercicio debe experimentar que, al estirar los pies, también lo hacen, involuntariamente, los brazos, y al relajar aquéllos, también éstos.

El tercer grupo de músculos viene determinado por aquéllos implicados en la respiración (cuarta sesión). Una vez más, el paciente se echa de espaldas o, si lo prefiere, de costado. Cierra los párpados, toma aire y lo expulsa con normalidad, pero sin esfuerzo. Consecutivamente y en tres tiempos, debe estar atento a cómo se tensa y relaja su torax en la inspiración y expiración, respectivamente.

El cuarto grupo de músculos se corresponde con la frente (quinta y sexta sesión). El paciente se coloca ante el espejo: primero, frunce la frente, y deja que los músculos se relajen poco a poco; segundo, de igual forma, frunce la frente y arquea las cejas cuanto puede, volviendo a relajarlas poco a poco. Finalmente, cierra los ojos, frunce la frente y arquea las cejas y deja que los músculos se relajen gradualmente (tres tiempos). Es decir, ha de ser consciente de que, al fruncir la frente y contraer las cejas, se contraen igualmente, no de manera deliberada sino involuntaria, los brazos, piernas y torax, y al relajar la frente y cejas, también, lo hacen las partes mencionadas.

El quinto grupo muscular se refiere a los ojos (séptima y octava sesión). El paciente se coloca de espaldas al terapeuta con los ojos abiertos y sin mover la cabeza: primero, mira hacia la derecha y mantiene la mirada en esa

dirección, experimentando cierta tensión en sus ojos; segundo, los globos oculares vuelven a la posición normal (mirada al frente) sin dirigirlos a un objeto concreto. Prosigue el mismo ejercicio mirando hacia la izquierda, hacia arriba y abajo. En la siguiente sesión, se repiten los anteriores pasos pero de forma graduada. Durante todo este ejercicio, debe tomar conciencia del efecto de la tendencia a la generalización en su cuerpo.

El sexto y último grupo de músculos de la fonación (novena y décima sesión). El paciente debe tener los ojos cerrados. Cuenta hasta diez y se concentra en la actividad de la lengua, labios, mandíbula, cuello y torax. Relaja durante unos minutos, dejando de hablar y tomando conciencia de la relajación que se produce en los grupos de músculos pertinentes. En un segundo momento, se cuenta a medio tono, posteriormente, murmurando y, al final, mentalmente. Cuando termina de contar, debe ser consciente de que, aunque no ha articulado palabra, se produce una relajación de los órganos de fonación.

GRUPO MUSCULAR	SESIÓN DE ENTRENAMIENTO	EJERCICIOS DE RELAJACIÓN
BRAZOS	PRIMERA	1) Presentación: aparato biofeedback 2) Brazo y puño derecho
	SEGUNDA	1) Brazo y puño derecho e izquierdo 2) Ambos brazos y puños
PIERNAS	TERCERA	1) Piernas derecha e izquierda 2) Ambas piernas y pies
RESPIRACIÓN	CUARTA	1) Respiración normal y profunda 2) Torax (inspiración/expiración)
FRENTE	QUINTA	1) Frente (ante el espejo) 2) Frente y cejas (ante el espejo)
	SEXTA	1) Frente (graduado y ojos cerrados) 2) Frente y cejas (gradualmente)
OJOS	SÉPTIMA	1) Ojos hacia derecha e izquierda 2) Ojos hacia arriba y abajo
	OCTAVA	1) Ojos hacia dcha./izq. gradualmente 2) Ojos arriba/abajo gradualmente
ÓRGANOS DE FONACIÓN	NOVENA	1) Contar en voz alta hasta diez 2) Contar a medio tono hasta diez
	DÉCIMA	1) Contar murmurando hasta diez 2) Contar mentalmente hasta diez

Ilustración 11: *Ejercicios de relajación propios de cada grupo muscular en las distintas sesiones del entrenamiento en relajación.*

A lo largo del entrenamiento y, concretamente, en cada sesión 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.

La medición de la relajación se lleva a cabo en todas las sesiones con el aparato de biofeedback (relaxómetro). 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.

Este aparato de biofeedback indica la resistencia de la piel y su intervalo se sitúa entre cero y un MegaOhm (codificado de 0 a 10), es decir, de menos a mas relajado. Lo normal es que cualquier persona se encuentre entre 250 y 400 KOhm (la codificación se corresponde con 2,5 y 4 Dekahm).

Finalmente, las variables dependientes son todas aquellas, por un lado, incluidas en las pruebas psicológicas aplicadas a cada sujeto de la muestra y, por otro lado, las relativas a la analítica y la prescripción de dosis de

fármacos. Estas variables, por tanto, representan los criterios por los que se determina si la variable independiente ha tenido algún efecto. Estas variables, en Psicología, son siempre una conducta en cualquiera de sus aspectos.

En relación a la Ansiedad, ésta se explica en función de las características personales, las condiciones de la situación y, sobre todo, de la interacción persona por situación.

Cualquier manifestación puntual de ansiedad es consecuencia de la experiencia previa con que cuenta el individuo y las características de la situación en que tiene lugar la conducta. Es decir, toda reacción de ansiedad dependerá de la interacción entre la valoración del sujeto y las características estresantes de la situación.

La situación influye en la conducta del individuo dependiendo de la forma en que éste la percibe, es decir, dependiendo de la información que esta situación proporciona y de la forma en que el individuo la interprete.

Se pretende llevar a cabo una evaluación de las respuestas cognitivas y detección de respuestas

psicofisiológicas ante situaciones dadas. En definitiva, será una evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. Incluso se tendrá en cuenta la ansiedad en relación con el rendimiento, es decir, cómo la persona se puede ver influida por el trabajo que desempeña al margen de sus aptitudes específicas para el mismo.

La medición se efectúa con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.) y el cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución (M.A.E.).

En relación a la **Motivación**, ésta se explica como la necesidad de la persona de sentirse competente y autónoma en sus relaciones con el ambiente. Esto se le puede denominar como motivación intrínseca.

La actividad intrínsecamente motivada es aquella que no busca un premio en sí misma, excepto por la acción de sí misma.

Los mecanismos motivacionales operan activando los procesos necesarios para que el organismo elimine el estado carencial y recupere su equilibrio.

La motivación es elemento de activación y dirección de la conducta con tendencia hacia la acción y realización satisfactoria de una serie de tareas. No se trata de una sola motivación sino de factores motivacionales relevantes.

La motivación es el estado de alerta y/o actividad general que determina el comportamiento en orden a la consecución de unas metas.

La motivación positiva, fundamentalmente, vendrá determinada por: la tendencia a la sobrecarga de trabajo, la autoexigencia laboral y la motivación positiva hacia la acción.

La medición se realiza con el cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución (M.A.E.).

Otra de las variables dependientes es el Clima Social, entendida como aquel conjunto de características psicosociales que caracterizan a una situación o circunstancias que rodean a una persona.

Esta variable dependiente, a su vez, se divide en dos fundamentales para esta investigación: clima social en la familia y en el trabajo.

La variable de clima social en la familia contempla características que definen las relaciones interpersonales de un grupo de sujetos emparentados entre sí que tienen como condición la convivencia diaria en un marco común.

La medición se realiza con la Escala de Clima Social en la Familia (F.E.S.).

La segunda variable de clima social es el trabajo y se refiere a esa participación del individuo en la sociedad a través de su esfuerzo y en relación a la producción de riqueza en la misma. Este esfuerzo humano se realiza en un medio concreto (centro de trabajo) ajustado a unas normas y en colaboración con otros miembros.

La medición se realiza con la Escala de Clima Social en el Trabajo (W.E.S.).

Otra de las variables dependientes es la vinculada a los **Tamores** (miedos). Se entiende que el miedo forma parte de las emociones fundamentales, y puede ser concebido como un estado que resulta de la unión de una reacción afectiva de intensidad variable con manifestaciones neurovegetativas más o menos importantes; y, todo ello repercutiendo intensamente en los actos del sujeto.

En determinadas ocasiones, la persona se ve enfrentada a estímulos, objetos o representaciones mentales que él siente como amenazadores. Y es justamente este reconocimiento de un peligro, real o imaginario, el que determina en el individuo un sentimiento de miedo. Su actitud puede variar, entonces, entre dos polaridades extremas y opuestas.

Se pretende llevar a cabo una evaluación sobre el grado de temor que a un sujeto le produce una serie de situaciones señaladas en el **Cuestionario de Temores de Wolpe**.

Una nueva variable es el **Estado Analítico**, que viene desglosado en una serie de índices (componentes) esenciales de actividad en la **Enfermedad Inflamatoria**

Intestinal. Estos son, fundamentalmente: Hierro, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG), Proteína C Reactiva (PCR), Alfa 1- Antitripsina, Albúmina, Leucocitos y Plaquetas.

Cada uno de estos índices presenta unos límites de normalidad que, en relación a esta enfermedad, 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./dl.
. Albúmina:	< 3,5 g/dl.
. Leucocitos:	> 10,8 1000/mm ³ .
. Plaquetas:	> 450 1000/mm ³ .

La última variable dependiente es la **Prescripción de la Dosis de Fármacos** que 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: Ácido 5-Aminosalicílico (5-ASA), Sulfapiridina y Esteroides (Corticosteroides).

Cada uno de estos fármacos viene distribuido en relación a unos intervalos de dosis, y son los siguientes:

- . Acido 5-Aminosalicílico: (2-4 g/día)
- . Salazopiridina: 1 g /15 Kg /día (4-8 g/día)
- . Esteroides: 1 - 1,5 mg/ Kg/ día (40 mg/día)

6.2.3.- Instrumentos

La entrevista es una forma de recogida de información. Esta información que recibimos es autoinformada, siendo el mismo sujeto el que nos la suministra de si mismo.

La entrevista en este estudio está planificada y, por supuesto, tiene una finalidad investigadora basada en una recogida de información verbal e inmediata del sujeto (Bingham y Moo-e, 1973).

Es una entrevista semiestructurada que cuenta con preguntas abiertas y cerradas a realizar oralmente en una cita con el propio paciente. En este encuentro el entrevistador, simultáneamente, recoge la información por

escrito (Fernández Ballesteros y Carrobles, 1981; Borrell, 1989).

La información a obtener, concretamente, viene determinada por las partes de que consta este instrumento (ver anexo nº 1):

- Por un lado, los datos de identificación del paciente: cuál es su nombre, apellidos, estado civil, profesión, con quiénes convive, así como datos clínicos como el tipo de patología, quién se ocupó de su diagnóstico, en qué centro médico y fecha. Todos estos datos, posteriormente, son contrastados con su historial médico.

Una vez finalizado el primer bloque le pedimos lo siguiente: "Quisiéramos, una vez conocidos los datos físicos sobre su enfermedad, conocer datos sobre cómo se encuentra, su estado emocional. Y, a partir de ahí, si usted quiere, entrenarle en técnicas de relajación". "Quisiéramos comprobar cómo afecta, el tratamiento que actualmente está siguiendo, en su estado emocional. Y, posteriormente, si usted quisiera y lo necesitara le entrenaríamos en técnicas de relajación. Para ello, en un primer momento,

necesitaríamos recoger algunos datos sobre cómo se encuentra".

- Un segundo bloque se corresponde con la historia de su enfermedad. En él se incluye la percepción del paciente, primero, en relación a la situación inicial: causa, signos y síntomas, profesional consultado; segundo, en relación a la situación actual o habitual: fecha del último brote, signos y síntomas, áreas afectadas (familiar, laboral, y otras), circunstancias o elementos determinantes positiva o negativamente; y, tercero, los antecedentes familiares.

- El tercer bloque de preguntas viene referido a: relaciones interpersonales a nivel familiar y extrafamiliar, ocio (hobbies, intereses), expectativas (perspectiva de futuro) y autodefinición (autoconcepto y autoimagen).

Los tests y cuestionarios son otro tipo de instrumentos utilizados en esta investigación. Estas pruebas psicológicas son cinco: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución, Escala de Clima Social en la Familia, Escala de Clima Social en el Trabajo y Cuestionario de Temores de Wolpe.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.), elaborado por Miguel Tobal y Cano Vindel (1986), 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.

Las respuestas del sistema cognitivo se refieren a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, que llevan al individuo a un estado de alerta, desasosiego o tensión, que generan en él falta de concentración, de decisión y la idea de que las personas de su entorno observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas.

En el inventario fisiológico encontramos una serie de respuestas que son índices de activación del Sistema Nervioso Autónomo y del Sistema Nervioso Somático. Algunas de estas respuestas son: palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, tiritones, temblor, sudoración, tensión muscular,

respiración agitada, apnea, junto con otros síntomas tales como molestias de estómago, náuseas, mareo, dolor de cabeza.

Las conductas motoras que recoge el tercer inventario o escala, son índices de agitación motora, fácilmente observables por otra persona. Incluyen dificultades de expresión verbal, tales como bloqueo o tartamudez, movimientos torpes, respuestas de huida o evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse, hiperactividad.

El cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución (M.A.E.) es elaborado por Pelechano (1990).

Se trata de entender, 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.

Los factores de este cuestionario son seis (cuatro de motivación y dos de ansiedad): Tendencia a sobrecarga de trabajo, indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y el laboral, autoexigencia laboral, motivación positiva hacia la acción, ansiedad inhibidora del rendimiento y ansiedad facilitadora del rendimiento.

El factor "tendencia a sobrecarga de trabajo" evalúa no sólo los elementos objetivos de las situaciones laborales, sino también los modos personales de vivenciar estas situaciones.

El factor "indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y el laboral" aprecia o no la personalización de su labor.

El factor "autoexigencia laboral" refleja la tendencia a superarse constantemente en el trabajo y a evaluar positivamente el mundo laboral, dentro del cual se encuentran localizados intereses vividos como muy importantes para el sujeto.

El factor "motivación positiva hacia la acción" es el menos específico de todos ellos.

El factor "ansiedad inhibidora del rendimiento" recoge una serie de aspectos situacionales, que llevan consigo una reacción negativa, perturbadora, ante una situación estresante.

Y, finalmente, el factor "ansiedad facilitadora del rendimiento" incluye elementos que aislan una serie de aspectos, que han mostrado ser facilitadores de la acción, como respuesta positiva al estrés psicológico y, en concreto, debido fundamentalmente a instancias sociales.

Las Escalas de Clima Social, Familia (F.E.S.) y Trabajo (W.E.S.), elaboradas por Moos, R., Moos, S. y Trickett (1984), vienen a ser un fenómeno de producción, cuidados, 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).

La Escala de Clima Social en la Familia aprecia las características socio-ambientales de cualquier tipo de familia. Se trata de evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de la misma, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Esta escala está definida por tres dimensiones fundamentales: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad.

La dimensión de Relaciones evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Esta integrada por tres subescalas: cohesión, expresividad y conflicto.

La dimensión de Desarrollo evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Esta dimensión comprende las subescalas de: autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad.

Y, la dimensión de Estabilidad proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La forman dos subescalas: organización y control.

La Escala de Clima Social en el Trabajo (W.E.S.) evalúa el ambiente social existente en diversos tipos y centros de trabajo.

Esta escala está formada por tres dimensiones fundamentales: relaciones, autorrealización y estabilidad/cambio.

La dimensión de Relaciones evalúa el grado en que los trabajadores están interesados y comprometidos en su trabajo y el grado en que la dirección apoya a los empleados y les anima a ayudarse unos a otros. Esta dimensión está formada por las siguientes subescalas: implicación, cohesión y apoyo.

La dimensión de Autorrealización evalúa el grado en que se estimula a los empleados a ser autosuficientes y a tomar sus propias decisiones; la importancia que se da a la buena planificación, eficiencia y terminación de las tareas y el grado en que la presión en el trabajo o la urgencia dominan el ambiente laboral. Esta dimensión está integrada por las siguientes subescalas: autonomía, organización y presión.

La dimensión Estabilidad/Cambio evalúa el grado en que los empleados conocen lo que se espera de su tarea diaria y cómo se les explican las normas y planes de trabajo; el grado en que la dirección utiliza las normas y la presión para controlar a los mismos; la importancia que se da a la variedad, al cambio y a las nuevas propuestas y, por último, el grado en que el entorno físico contribuye a crear un ambiente de trabajo agradable. Esta dimensión está compuesta por las siguientes subescalas: claridad, control, innovación y comodidad.

El Cuestionario de Temores de Wolpe (1981) en el que se refieren una serie de objetos y experiencias que pueden causar temor u otros sentimientos desagradables. Aparecen un total de 122 items.

El paciente debe destacar en cada uno la intensidad correspondiente respecto al siguiente código: en absoluto, un poco, ligeramente, mucho, muchísimo.

Un último tipo de instrumento es el registro de observación, que proporciona el aparato de biofeedback; éste se utiliza para señalar el nivel de relajación que presenta

el enfermo en un momento determinado (ver anexo nº2) (Basmajian, 1983).

Este registro se lleva a cabo en una situación artificial, dado que ésta la controla el terapeuta con unas pautas concretas preestablecidas (mencionado en los apartados de variables y procedimiento). Y, se efectúa con un registro del tipo de procedimiento automático como es el aparato de biofeedback. Este se centra en una conducta concreta, la relajación (distensión muscular) (MacLeod, 1983; Carrobbles y Godoy, 1987).

La indicación del nivel de relajación con el aparato de biofeedback se verifica en todas y cada una de las sesiones. El registro se realiza constantemente, tomando nota en cuatro momentos concretos diferentes: primeramente, al comenzar la sesión antes de exponerle verbalmente las correspondientes pautas; un segundo momento, tras el primer grupo de ejercicios; un tercer momento, después del segundo grupo de ejercicios; y, finalmente, la medición al final de la sesión.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

REGISTRO DE OBSERVACIÓN	SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE
PRIMER MOMENTO	Al llegar el paciente a la consulta
SEGUNDO MOMENTO	Al término del primer bloque de ejercicios
TERCER MOMENTO	Al término del segundo bloque de ejercicios
CUARTO MOMENTO	Al finalizar la sesión de entrenamiento

Ilustración 12: Momentos del registro de observación en cada sesión

Este aparato de biofeedback indica la resistencia de la piel que, en términos de normalidad, debe situarse entre 2,5 y 4 DekaOhm. Los límites superior e inferior de los niveles de este instrumento son, respectivamente, el cero y el diez (Whitehead, Burgio y Engel, 1985; Villanueva, 1988).

El registro puede realizarse de forma visual o/y acústica. En este caso, lógicamente, se utiliza la visual para no alterar el propio ritmo del enfermo.

Todos y cada uno de los datos se anotan en una hoja de registros previamente elaborada, a fin de ver la evolución tanto intrasesión como inter sesiones. Y dichas anotaciones las lleva a cabo el propio terapeuta que es el mismo para todos los sujetos.

6.2.4.- Diseño

En el apartado de Diseño nos referimos al diseño experimental, los análisis estadísticos a utilizar y el procedimiento correspondiente.

6.2.4.1.- Diseño experimental unifactorial con grupo control y, medidas pre y postratamiento

O'Neil (1968) define el diseño experimental como un modelo particular de variación y constancia. Se entiende

de variación por cuanto el investigador trata de poner de manifiesto que los cambios que se producen en la variable dependiente (ansiedad, motivación, clima social y temores) se deben a la manipulación que él realiza en la variable independiente (entrenamiento en relajación), y de constancia porque, para poder demostrar la dependencia de esos cambios de la manipulación que él lleva a cabo, necesita mantener constante la influencia del resto de los factores (sexo, edad, estado civil y nivel sociocultural) que pudieran afectar a dichos cambios.

El objetivo fundamental de la planificación de este diseño experimental es doble:

- evidenciar la acción de los factores experimentales; y,
- eliminar la influencia de los factores extraños (Pereda, 1987; Shaughnessy y Zechmeister, 1990).

Los diseños grupales son aquellos procedimientos de obtención de datos que han sido utilizados tradicionalmente por la Psicología Experimental y que utilizan grupos de sujetos en cada una de las condiciones experimentales dispuestas a tenor de los objetivos de la investigación (Arnau, 1984; León y Montero, 1993).

Este diseño experimental viene caracterizado por la incorporación a la investigación de varios grupos de comparación (control y tratamiento) así como la asignación al azar de sujetos a los grupos.

También, se contempla la variable sexo como otro criterio de homologación de los sujetos. En ambos grupos de investigación, control y tratamiento, aparece un 50 por ciento de hombres y un 50 por ciento de mujeres.

En definitiva, se trata de un diseño aleatorio con balanceo para equilibrar el efecto de la variable sexo. Todos y cada uno de los sujetos entran a formar parte de la investigación con su consentimiento explícito.

Es un diseño univariado cuya única variable independiente es el entrenamiento en relajación. A uno de los grupos se le efectúa una evaluación antes y otra después del entrenamiento en relajación (grupo tratamiento) y, al otro (grupo control), en cambio sólo las evaluaciones, sin que medie un tratamiento entre ambas. Este es un diseño que se plantea, habitualmente, en los estudios de resultado de tratamiento.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

En este diseño, la medida de los valores de la variable dependiente se constata antes del tratamiento en ambos grupos y después del tratamiento, asimismo, en los dos grupos.

La representación simbólica de este tipo de procedimiento experimental es el siguiente:

GRUPOS	COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS	MEDIDA PRETRATAMIENTO	TRATAMIENTO	MEDIDA POSTRATAMIENTO
1	Azar	$\bar{Y}_{a1}$	a0	$\bar{Y}_{d1}$
2	Azar	$\bar{Y}_{a2}$	a1	$\bar{Y}_{d2}$

Cuadro 1: Representación simbólica del diseño de dos grupos al azar con medias pre y postratamiento y con un grupo de control.

Por tanto, el esquema representativo del diseño experimental es el siguiente:

GRUPOS	ASIGNACIÓN	PRETEST	ENTRENAMIENTO	POSTEST
TRATAMIENTO	Aleatoria	Sí	No	Sí
CONTROL	Aleatoria	Sí	Sí	Sí

Cuadro 2: Esquema de la planificación del estudio.

La medición previa que se introduce en este diseño ofrece determinadas ventajas (Arnau, 1980):

- Podemos comprobar si los grupos de sujetos constituidos son equivalentes, tanto en relación con las puntuaciones medias como en relación con las medidas de variación;
- Podemos comprobar si, en una situación concreta, una variable experimental es pertinente o no;
- Podemos conocer, asimismo, las variaciones o cambios que se operan en la variable dependiente cuando se introduce un tratamiento, esté o no relacionada la hipótesis de investigación con la posición inicial de la variable dependiente.
- Por último, y en resumen, nos ofrece la posibilidad de conocer si los grupos, independientemente del tratamiento experimental, difieren entre sí más de lo que cabe esperar del azar, es decir, si en ellos tiene lugar la equivalencia y homogeneidad de las varianzas que permitan el análisis estadístico adecuado.

Si ambos grupos son inicialmente equivalentes (se sabrá mediante la comparación de las mediciones iniciales)

bastará con comparar las mediciones finales para probar nuestras hipótesis experimentales.

Este diseño ofrece, fundamentalmente, dos ventajas: por un lado, la aleatorización, que define la equivalencia de los grupos, produce el control de todas las posibles fuentes de error, de tal modo que es elevada la probabilidad de que, en el grupo tratamiento, cada variable dependiente dependa única y exclusivamente de la variable independiente; y, por otro lado, las posibles influencias externas que puedan afectar a los dos grupos se pueden estimar mediante la comparación de las puntuaciones iniciales y finales de ambos grupos.

Pero, también, conlleva varios inconvenientes como son: por un lado, al igual que todos los diseños que utilizan la aleatorización para la formación de los grupos, se requiere una muestra grande de sujetos (mayor o igual a 30) para poder neutralizar todas las posibles fuentes de error; y, por otro, al medir inicialmente, se puede predisponer o sensibilizar al grupo tratamiento para el entrenamiento que se le pueda suministrar.

En cualquier caso, el uso de medida de pretratamiento permite al investigador excluir explicaciones alternativas de los resultados, tales como los efectos de la historia pasada, la propia realización de los tests y otras amenazas a la validez interna. Incluso, nos posibilita equiparar a los sujetos en base a dimensiones importantes (por ejemplo: edad, gravedad de los síntomas). Además, esta medición del pretest permite al investigador hacer afirmaciones más precisas sobre los cambios observados a consecuencia de la manipulación experimental; sin ella, el diseño sólo conduciría a afirmaciones sobre las diferencias de los grupos.

6.2.4.2.- Análisis estadísticos utilizados

El estudio de los datos obtenidos en esta investigación, conforme a un diseño unifactorial con medidas pre y postratamiento, se explica con el análisis de varianza y la diferencia de medias.

Pero, al contemplar un análisis paramétrico, debemos averiguar si, primeramente, cumple las siguientes condiciones (Nortes, 1991; Martín y Delgado, 1993):

- El ajuste de datos muestrales con una distribución normal teórica, es decir, los dos grupos (tratamiento y control) que van a intervenir en el análisis deben ser estadísticamente representativos de la población de referencia (prueba de "Kolmogorov-Smirnov");
- Las varianzas de ambos grupos deben ser homogéneas, o no detectarse diferencias significativas entre las varianzas de los mismos (homocedasticidad) (prueba de "Levene"); y,
- La independencia de las puntuaciones de las variables dependientes e independiente (prueba de rachas Wald-Wolfowitz "Runs").

Los resultados de la prueba de Rachas Wald-Wolfowitz no 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.

Posteriormente, utilizamos el análisis de varianza (Anova One-Way) para estudiar los efectos de la variable independiente (entrenamiento en relajación) sobre las

distintas variables dependientes (ansiedad, clima social, motivación de ejecución, temores) en relación a los dos grupos (comparación intergrupo) (Etxeberria y cols., 1990).

El segundo estadístico utilizado es la diferencia de medias (T de Student) para estudiar la igualdad o desigualdad de las puntuaciones medias de cada una de las variables. Establecemos comparaciones intragrupo, antes y después del tratamiento, de tal forma que se puede verificar si la obtención de las distintas puntuaciones se debe al azar o no (Alvarez, 1994).

En ambos casos, análisis de varianza y diferencia de medias, la variable independiente es aplicada cualitativamente (escala nominal) y las variables dependientes como cuantitativas (escala de razón) (Pereda, op.cit.).

Todos estos procedimientos estadísticos los realizamos con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS, release 5.0).

*Los efectos del entrenamiento
en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa*

0.2.4.3.- Procedimiento

Una vez planificado el estudio, teniendo conocimiento del mismo el Servicio de Digestivo del Hospital de Galdácano así como la Dirección, y estando conforme, comenzamos la investigación en su fase propiamente experimental.

Durante un periodo de 16 meses y, concretamente, tres días a la semana, acudimos al Hospital cumpliendo el horario del equipo sanitario.

Cada uno de los enfermos que acude a Consultas Externas de Digestivo es invitado, al término de la consulta médica, a consulta psicológica.

Una vez que accede el paciente, la enfermera nos proporciona (en una sala contigua a la utilizada para las consultas médicas) el historial médico del enfermo correspondiente. Se trata, en cualquier caso, de alterar lo menos posible la dinámica propia de este Servicio de Consultas Externas.

En el primer encuentro, comenzamos tomando los datos de identificación de cada paciente, que incluyen entre otros: nombre, apellidos, edad, estudios realizados (ver anexo nº 1). Seguidamente, complementamos la información con una serie de preguntas como: ¿cuándo ha sido la última vez que se agudizó su enfermedad?, de tal forma que nos vaya relatando brevemente la evolución de su enfermedad.

Generalmente, la aceptación viene precedida por alguna pregunta sobre el tema por parte del paciente. Claro está que, tras ofrecerles a todos idéntica información, les permitimos que formulen cuestiones sobre lo que quieran a fin de evitar situaciones posteriores de incertidumbre.

Las citas, que acordamos con cada uno de los enfermos desde el principio hasta el final, se registran al margen del sistema informático con que cuenta el propio Hospital.

El segundo encuentro, se centra en la cumplimentación de una serie de pruebas (I.S.R.A., M.A.E., F.E.S., W.E.S. y Cuestionario de Temores de Wolpe). Antes de comenzar cada prueba le indicamos qué valora la misma y cuál es el código con que debe contestar a cada ítem. Una vez que

el enfermo nos señala que entiende las indicaciones, comienza a cumplimentarlo.

El paso siguiente: por un lado, citamos para la primera sesión de entrenamiento en relajación (grupo de tratamiento) y, por otro, indicamos a los del grupo control que se les comunicará por teléfono el día y hora en que deberán volver a consulta (dejamos pasar un periodo de tiempo similar al propio del entrenamiento en relajación).

Las diez sesiones del entrenamiento en relajación se distribuyen de la siguiente forma:

- Primera sesión: En los primeros minutos, una vez tumbado en la camilla, se colocan en la mano izquierda del paciente los dos electrodos del aparato de biofeedback y se toma nota de la primera señal del mismo. Se le explica su funcionamiento a fin de que vaya familiarizándose con el mismo. Finalizada la explicación se recoge la segunda señal del aparato.

El paso siguiente consiste en la ejecución de los ejercicios que le voy indicando: primero, levantar el brazo derecho y cerrar con fuerza el puño, y segundo, dejar caer

el brazo y abrir el puño (este ejercicio lo realiza tres veces). Cada vez que lo efectúa, se le va marcando verbalmente los tiempos (gradualmente). Esta graduación va acompañada de unos segundos en los que el enfermo mantiene la tensión que él mismo se ha originado antes de comenzar a relajar dicho grupo muscular. Al comienzo del ejercicio se recoge la tercera señal, y finalizado el mismo la última aparato de biofeedback.

Finalmente, se le pide que vaya abriendo lentamente los ojos y se incorpore, sentándose.

La sesión termina citándole para la siguiente, y un saludo de despedida.

- Segunda sesión: el enfermo tumbado realiza, en un primer momento, el ejercicio con cada uno de los brazos y puño por separado de la misma forma que la sesión anterior.

Y, en un segundo momento, el ejercicio de tensión-relajación lo efectúa con ambos brazos a la vez.

Las lecturas, naturalmente, se realizan en el momento que se le coloca el aparato de biofeedback, al

término del primer bloque de ejercicios, al comienzo del segundo y al término del mismo.

- Tercera sesión: Los ejercicios de esta sesión los desarrolla con las piernas. El primer bloque de ejercicios consiste en la tensión-relajación, de forma gradual, de ambas piernas. Esta queda localizada en sus rodillas.

El segundo bloque de ejercicios se realiza con ambas piernas y pies.

- Cuarta sesión : En esta sesión, el primer bloque de ejercicios consiste en la toma de aire de manera normal y profunda.

En segundo momento, esta inspiración y expiración se efectúa de manera graduada y, entre ambas, manteniendo unos instantes el aire en los pulmones¹¹⁴.

- Quinta sesión : Colocado ante el espejo, el paciente realiza el primer ejercicio frunciendo la frente. En un

¹¹⁴ Al comienzo de esta cuarta sesión se pregunta al paciente si tiene o ha tenido algún problema respiratorio, a fin de asegurarnos que no presentará problemas para realizar los respectivos ejercicios.

segundo momento, además de fruncir la frente, arquea las cejas.

- **Sexta sesión :** El sujeto ya se sitúa, nuevamente, con los ojos cerrados. El primer ejercicio consiste en fruncir la frente de forma graduada; y, el segundo ejercicio, se añade el anterior al arqueamiento, también graduado, de las cejas.

- **Séptima sesión:** El enfermo se coloca de espaldas al terapeuta con los ojos abiertos y sin mover la cabeza. El primer bloque de ejercicios consiste en mover los ojos hacia la derecha e izquierda. Y, el segundo bloque, hacia arriba y abajo.

- **Octava sesión:** El enfermo repite los mismos ejercicios de la sesión anterior, pero esta vez de forma graduada.

- **Novena sesión:** El paciente con los ojos cerrados, en un primer momento, va contando hasta diez en voz alta; mientras realiza el ejercicio se concentra en la actividad de las distintas estructuras bucofaciales (labios, lengua, mandíbula, cuello).

En un segundo momento, este recuento lo realiza con voz a medio tono.

- Décima sesión: El enfermo, como en la sesión anterior, vuelve a contar hasta diez pero esta vez murmurando. lecturas relizadas durante esta sesión. Y, en un segundo momento, este recuento se efectuará mentalmente.

Cada una de las sesiones del entrenamiento en relajación han tenido una duración aproximada de 25 minutos.

Durante cada sesión de entrenamiento en relajación, se anotan los datos que el biofeedback señala en los cuatro momentos concretos:

- . En el momento en que se coloca al paciente el aparato de biofeedback;
- . al finalizar el primer bloque de ejercicio;
- . al comenzar el segundo bloque de ejercicios; y,
- . al término de la sesión.

Finalizado el periodo de diez semanas que comprende el entrenamiento en relajación, nuevamente se le

cita para que cumplimente, en las mismas condiciones y nuevamente, las mismas pruebas.

No olvido, y así se lo hago saber a cada uno de los enfermos, que posteriormente a través de una llamada telefónica a sus casas, les citaré a una entrevista de devolución en la que les proporciono, oralmente y por escrito, los resultados obtenidos de las pruebas.

Una vez recogidos todos los datos y finalizado todos los pasos con todos los enfermos, informo de la finalización del proceso o investigación al jefe del Servicio.

Posteriormente y como punto final, concierdo una reunión con todo el Equipo Médico de Digestivo del Hospital indicándoles qué datos pueden ser destacables, y como aparecerán incluidos en el historial de cada enfermo.

6.3.- Resultados

Para llevar a cabo los análisis de los datos obtenidos en nuestra experimentación de diseño univariado, utilizamos la t de Student y el Análisis de varianza.

- Condiciones necesarias para la aplicación de pruebas paramétricas

Para llevar cabo los análisis de los datos obtenidos en nuestra experimentación de diseño univariado, utilizamos la t de Student y el análisis de varianza. Este último es una prueba paramétrica y, para que pueda ser aplicada, deben cumplirse las siguientes condiciones: representatividad, homocedasticidad e independencia de puntuaciones entre las dos muestras.

Primero, las dos muestras deben ser estadísticamente representativas de la población de referencia (enfermos de Inflamatoria Intestinal).

Con la prueba de Kolmogorov-Smirnov pretendemos comprobar si las distribuciones de cada variable en ambas muestras (control y tratamiento) son iguales o distintas.

CLIMA FAMILIAR	VALORES DE MÁXIMAS DIFERENCIAS			PUNTUACIÓN Z	PROB. SIGNIF. ¹¹⁵
	ABSOLUTO	POSITIVO	NEGATIVO		
COHESIÓN	.10000	.10000	-.03333	.387	n.s.
EXPRESIVIDAD	.06667	.06667	-.06667	.258	n.s.
CONFLICTO	.03333	.03333	-.03333	.129	n.s.
AUTONOMÍA	.23333	.23333	-.03333	.904	n.s.
ACTUACIÓN	.06667	.06667	-.03333	.258	n.s.
INTELECTUAL - CULTURAL	.06667	.06667	-.03333	.258	n.s.
SOCIAL - RECREATIVO	.06667	.03333	-.06667	.258	n.s.
MORALIDAD - RELIGIOSIDAD	.13333	.06667	-.13333	.516	n.s.
ORGANIZACIÓN	.10000	.03333	-.10000	.387	n.s.
CONTROL	.10000	.03333	-.10000	.387	n.s.

Tabla 1.1: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable Clima Familiar.

¹¹⁵ 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 lo indicamos con n.s., es decir, no significativo. Por tanto, estamos interpretando con un intervalo de confianza del 95%.

En relación a la Tabla 1.1, comprobamos que no existen diferencias significativas entre las distribuciones de las muestras de cada una de las subescalas pertenecientes a la variable de Clima Familiar. Cualquier pequeña diferencia que exista es debida al azar.

CLIMA LABORAL	VALORES DE MÁXIMAS DIFERENCIAS			PUNTUACIÓN Z	PROB. SIGNIFIC.
	ABSOLUTO	POSITIVO	NEGATIVO		
IMPLICACIÓN	.12632	.12632	.00000	.394	n.s.
COHESIÓN	.16053	.16053	.00000	.501	n.s.
APOYO	.22895	.22895	-.06842	.715	n.s.
AUTONOMÍA	.23333	.23333	-.03333	.904	n.s.
ORGANIZACIÓN	.17895	.17895	-.00263	.559	n.s.
PRESIÓN	.11579	.11579	-.11579	.361	n.s.
CLARIDAD	.18158	.18158	-.8947	.567	n.s.
CONTROL	.21053	.10789	-.21053	.657	n.s.
INNOVACIÓN	.11053	.11053	.00000	.345	n.s.
COMODIDAD	.28158	.28158	-.05000	.879	n.s.

Tabla 1.2: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable Clima Laboral.

En la tabla 1.2 constatamos que, de acuerdo con la Prueba de Kolmogorov, no existen diferencias significativas entre las distribuciones de las muestras en cada una de las subescalas pertenecientes a la variable de Clima Laboral.

MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	VALORES DE MÁXIMAS DIFERENCIAS			PUNTUACIÓN Z	PROB. SIGNIFIC.
	ABSOLUTO	POSITIVO	NEGATIVO		
ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO	.10000	.06667	-.10000	.387	n.s.
ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO	.20000	.20000	.00000	.775	n.s.
AUTOEXIGENCIA LABORAL	.06667	.06667	-.06667	.258	n.s.
INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACIÓN MUNDO PRIVADO Y LABORAL	.10000	.00000	-.10000	.387	n.s.
MOTIVACIÓN POSITIVA HACIA LA ACCIÓN	.13333	.13333	-.03333	.516	n.s.
TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO	.06667	.03333	-.06667	.258	n.s.

Tabla 1.3: Prueba de Kolmogorov-Smirnov en la variable Motivación de Ejecución.

En la Tabla 1.3, constatamos que no existen diferencias significativas entre las distribuciones de las muestras en cada una de las subescalas pertenecientes al instrumento M.A.E. referido a la variable de Motivación de Ejecución.

ANSIEDAD	VALORES ABSOLUTO	DE MÁXIMAS POSITIVO	DIFERENCIAS NEGATIVO	PUNTUACIÓN Z	PROB. SIGNIFIC.
COGNITIVO	.16667	.16667	-.06667	.645	n.s.
FISIOLÓGICO	.16667	.06667	-.16667	.645	n.s.
MOTOR	.06667	.06667	-.06667	.258	n.s.

Tabla 1.4: Prueba de Kolmogorov aplicada a la variable Ansiedad.

En la Tabla 1.4, comprobamos que no existen diferencias significativas entre las distribuciones de las muestras en cada una de las subescalas del I.S.R.A. referente a la variable de Ansiedad.

TEMORES MIEDOS	VALORES DE MÁXIMAS DIFERENCIAS			PUNTUACIÓN Z	PROB. SIGNIFIC.
	ABSOLUTO	POSITIVO	NEGATIVO		
ANIMALES	.16667	.06667	-.16667	.645	n.s.
FENÓMENOS NATUROLÓGICOS	.13333	.00000	-.13333	.516	n.s.
DAÑO FÍSICO	.20000	.03333	-.20000	.775	n.s.
SANGRE	.23333	.13333	-.23333	.904	n.s.
SÍMBOLOS Y RITOS DE MUERTE	.10000	.10000	-.10000	.387	n.s.
MUERTE O PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS	.26667	.00000	-.26667	1.033	n.s.
FRACASO Y RECHAZO SOCIAL	.20000	.03333	-.20000	.775	n.s.
GENTE DESCONOCIDA Y MUCHEDUMBRE	.30000	.03333	-.30000	1.162	n.s.
VIOLENCIA ENTRE PERSONAS	.10000	.06667	-.10000	.387	n.s.
CLAUSTROFOBIA	.06667	.06667	-.03333	.258	n.s.
MIEDO IMAGINATIVO	.26667	.06667	-.26667	1.033	n.s.
SEXUAL	.16667	.03333	-.16667	.645	n.s.

Tabla 1.5: Prueba de Kolmogorov-Smirnov aplicada a la variable Temores.

En la Tabla 1.5 comprobamos que, en todas y cada una de las situaciones destacadas a partir del

Cuestionario de Temores de Wolpe (1990), no existen diferencias significativas entre las distribuciones de las muestras del grupo control y del tratamiento.

ESTADO ANALÍTICO	VALORES DE MÁXIMAS DIFERENCIAS			PUNTUACIÓN Z	PROB. SIGNIFIC.
	ABSOLUTO	POSITIVO	NEGATIVO		
ALBÚMINA	.20000	.06667	-.20000	.775	n.s.
ALFA - 1 ANTITRIPSINA	.30000	.30000	-.10000	1.162	n.s.
HIERRO	.23333	.13333	-.23333	.904	n.s.
LEUCOCITOS	.20000	.20000	-.16667	.775	n.s.
PROTEINA C REACTIVA	.20000	.06667	-.20000	.775	n.s.
PLAQUETAS	.16667	.16667	-.13333	.645	n.s.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	.20000	.20000	-.03333	.775	n.s.

Tabla 1.6: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable Estado Analítica.

En la Tabla 1.6 verificamos que no existen diferencias significativas entre las distribuciones de las muestras en cada uno de los índices propios de la variable Estado Analítico.

PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS	VALORES	DE MÁXIMAS	DIFERENCIAS	PUNTUACIÓN Z	PROB. SIGNIFIC.
	ABSOLUTO	POSITIVO	NEGATIVO		
SALICILATOS	.23333	.23333	.00000	.904	n.s.
CORTICOIDES	.06667	.03333	-.06667	.258	n.s.
SALAZOPIRINA	.10000	.10000	.00000	.387	n.s.

Tabla 1.7: Prueba de Kolmogorov-Smirnov aplicada a la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos.

En la Tabla 1.7 confirmamos que no existen diferencias significativas entre las distribuciones de las muestras en cada uno de los tipos de fármacos conforme a la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos.

Segundo, las dos muestras deben presentar en cada una de las variables dependientes, conforme al análisis estadístico realizado con la Prueba de Levene, la homogeneización de varianzas.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

CLIMA FAMILIAR	ESTADÍSTICO	GL1	GL2	PROB. SIGNIFIC.
COHESIÓN	.0280	1	58	n.s.
EXPRESIVIDAD	.0029	1	58	n.s.
CONFLICTO	.0051	1	58	n.s.
AUTONOMÍA	.1.5391	1	58	n.s.
ACTUACIÓN	.0928	1	58	n.s.
INTELLECTUAL - CULTURAL	.0944	1	58	n.s.
SOCIAL - RECREATIVO	.0146	1	58	n.s.
MORALIDAD - RELIGIOSIDAD	1.4247	1	58	n.s.
ORGANIZACIÓN	.0109	1	58	n.s.
CONTROL	.2566	1	58	n.s.

Tabla 2.1: Prueba de Levene aplicada a la variable Clima Familiar.

En la Tabla 2.1, comprobamos que no existen diferencias significativas entre las varianzas de ambas muestras referidas a la variable de Clima Familiar. Es decir, partimos de una homogeneización de las varianzas.

CLIMA LABORAL	ESTADÍSTICO	GL1	GL2	PROB. SIGNIFIC.
IMPLICACIÓN	.0680	1	38	n.s.
COHESIÓN	.0814	1	38	n.s.
APOYO	.7152	1	38	n.s.
AUTONOMÍA	.2962	1	38	n.s.
ORGANIZACIÓN	.1406	1	38	n.s.
PRESIÓN	.9859	1	38	n.s.
CLARIDAD	.1781	1	38	n.s.
CONTROL	1.3422	1	38	n.s.
INNOVACIÓN	.2571	1	38	n.s.
COMODIDAD	.9089	1	38	n.s.

Tabla 2.2: Prueba de Levene aplicada a la variable Clima Laboral.

En la Tabla 2.2 constatamos que no existen diferencias significativas entre las varianzas de ambas muestras, referidas a la variable Clima Laboral, en cualquiera de las subescalas mencionadas.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	ESTADÍSTICO	GL1	GL2	PROB. SIGNIFIC.
ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO	.2484	1	58	n.s.
ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO	.0671	1	58	n.s.
AUTOEXIGENCIA LABORAL	.1201	1	58	n.s.
INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACIÓN MUNDO PRIVADO Y LABORAL	.0183	1	58	n.s.
MOTIVACIÓN POSITIVA HACIA LA ACCIÓN	.8907	1	58	n.s.
TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO	.1078	1	58	n.s.

Tabla 2.3: Prueba de Levene aplicada a la variable Motivación de Ejecución.

En la Tabla 2.3 constatamos que no existen diferencias significativas entre las varianzas de ambas muestras en cualquiera de las subescalas pertenecientes a la variable de Motivación de Ejecución.

ANSIEDAD	ESTADÍSTICO	GL1	GL2	PROB. SIGNIFIC.
COGNITIVO	.4305	1	58	n.s.
FISIOLÓGICO	.1201	1	58	n.s.
MOTOR	.2090	1	58	n.s.

Tabla 2.4: Prueba de Levene aplicada a la variable Ansiedad.

En la Tabla 2.4 no existen diferencias significativas entre las varianzas de ambas muestras respecto a las distintas subescalas de la variable Ansiedad.

De igual forma, en la Tabla 2.5, donde aparecen distintas situaciones relativas a la variable Temores, no aparecen diferencias significativas entre las varianzas de ambas muestras.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

TEMORES MIEDOS	ESTADÍSTICO	GL1	GL2	PROB. SIGNIFIC.
ANIMALES	.9584	1	58	n.s.
FENÓMENOS NATUROLÓGICOS	.1421	1	58	n.s.
DAÑO FÍSICO	.0010	1	58	n.s.
SANGRE	.3739	1	58	n.s.
SÍMBOLOS Y RITOS DE MUERTE	.9968	1	58	n.s.
MUERTE O PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS	1.1874	1	58	n.s.
FRACASO Y RECHAZO SOCIAL	.4545	1	58	n.s.
GENTE DESCONOCIDA Y MUCHEDUMBRE	.1006	1	58	n.s.
VIOLENCIA ENTRE PERSONAS	.0659	1	58	n.s.
CLAUSTROFOBIA	1.4199	1	58	n.s.
MIEDO IMAGINATIVO	1.2408	1	58	n.s.
SEXUAL	.4428	1	58	n.s.

Tabla 2.5: Prueba de Levene aplicada a la variable Temores.

En la Tabla 2.6 constatamos que no existen diferencias significativas entre las varianzas de las

muestras en relación a cada uno de los índices recogidos de la variable Estado Analítica.

ESTADO ANALÍTICA	ESTADÍSTICO	GL1	GL2	PROB. SIGNIFIC.
ALBUMINA	.0003	1	58	n.s.
ALFA - 1 ANTITRIPSINA	1.8692	1	58	n.s.
HIERRO	1.6207	1	58	n.s.
LEUCOCITOS	.1868	1	58	n.s.
PROTEINA C REACTIVA	.2803	1	58	n.s.
PLAQUETAS	.0455	1	58	n.s.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	.4170	1	58	n.s.

Tabla 2.6: Prueba de Levene aplicada a la variable Estado Analítica.

En la Tabla 2.7 confirmamos que existen diferencias significativas entre las varianzas de ambas muestras en lo que se refiere a cada fármaco propio de la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos, salvo en el caso de los Corticoides.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS	ESTADÍSTICO	GL1	GL2	PROB. SIGNIFIC.
SALICILATOS	13.0902	1	58	< .01
CORTICOIDES	.2781	1	58	n.s.
SALAZOPIRINA	15.2331	1	58	< .001

Tabla 2.7: Prueba de Levene aplicada a la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos.

Tercero, las dos muestras deben presentar en cada una de las variables dependientes de este estudio, conforme al análisis estadístico de la Prueba de Wald-Wolfowitz, la independencia de sus puntuaciones.

En la Tabla 3.1 verificamos que existen diferencias significativas referida a cada subescala de la variable Clima Familiar en ambas muestras; es decir, las distribuciones de los datos no son iguales, no estando uniformemente repartidas tanto en el máximo como en el mínimo posible de las rachas.

CLIMA FAMILIAR	MÍNIMO			MÁXIMO		
	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.
COHESIÓN	8	-5.986	<.001	55	6.2500	<.001
EXPRESIVIDAD	8	-5.9896	<.001	54	5.9896	<.001
CONFLICTO	8	-5.9896	<.001	58	7.0312	<.001
AUTONOMÍA	7	-6.2500	<.001	45	3.6458	<.001
ACTUACIÓN	9	-5.7291	<.001	57	6.7708	<.001
INTELLECTUAL - CULTURAL	9	-5.7291	<.001	57	6.7708	<.001
SOCIAL - RECREATIVO	9	-5.7291	<.001	55	6.2500	<.001
MORALIDAD - RELIGIOSIDAD	8	-5.9896	<.001	51	5.2083	<.001
ORGANIZACIÓN	8	-5.9896	<.001	53	5.7291	<.001
CONTROL	8	-5.9896	<.001	50	4.9479	<.001

Tabla 3.1: Prueba de Wald-Wolfowitz aplicada a la variable Clima Familiar.

En la Tabla 3.2 comprobamos que existen diferencias significativas en todas y cada una de las subescalas de la variable Clima Laboral entre ambas muestras. No obstante, la significatividad es menor en algunas de las subescalas (Apoyo, Autonomía, Claridad,

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

Control y Comodidad) en relación al máximo posible de rachas.

CLIMA LABORAL	MÍNIMO			MÁXIMO		
	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.
IMPLICACIÓN	8	-3.8931	<.001	36	4.8758	<.001
COHESIÓN	8	-3.8931	<.001	34	4.2262	<.001
APOYO	9	-3.5684	<.001	30	2.9271	<.01
AUTONOMÍA	9	-3.5684	<.001	30	2.9271	<.01
ORGANIZACIÓN	8	-3.8931	<.001	34	4.2262	<.001
PRESIÓN	8	-3.8931	<.001	32	3.5767	<.001
CLARIDAD	7	-4.2179	<.001	30	2.9271	<.01
CONTROL	8	-3.8931	<.001	27	1.9528	<.01
INNOVACIÓN	8	-3.8931	<.001	36	4.8758	<.001
COMODIDAD	7	-4.2179	<.001	29	2.6024	<.01

Tabla 3.2: Prueba de Wald-Wolfowitz aplicada a la variable Clima Laboral.

MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	MÍNIMO			MÁXIMO		
	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.
ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO	13	-4.6875	<.001	49	4.6875	<.001
ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO	13	-4.6875	<.001	50	4.9479	<.001
AUTOEXIGENCIA LABORAL	10	-5.4687	<.001	52	5.4687	<.001
INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACIÓN MUNDO PRIVADO Y LABORAL	11	-5.2083	<.001	56	6.5104	<.001
MOTIVACIÓN POSITIVA HACIA LA ACCIÓN	11	-5.2083	<.001	50	4.9479	<.001
TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO	11	-5.2083	<.001	57	6.7708	<.001

Tabla 3.3: Prueba de Wald-Wolfowitz en la variable Motivación de Ejecución.

En la Tabla 3.3, donde aparecen los resultados de la aplicación de la Prueba de Wald-Wolfowitz, comprobamos que existen diferencias significativas entre las subescalas de ambas muestras en la variable Motivación. No están uniformemente repartidas las rachas.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

ANSIEDAD	MÍNIMO			MÁXIMO		
	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.
COGNITIVO	28	-.7812	n.s.	32	.2604	n.s.
FISIOLÓGICO	31	.0000	n.s.	39	2.0833	<.05
MOTOR	28	-.7812	n.s.	46	3.9062	<.001

Tabla 3.4: Prueba de Wald-Wolfowitz aplicada a la variable Ansiedad.

En la Tabla 3.4 no aparecen diferencias significativas en las distribuciones de los datos cuando se trata del mínimo posible de rachas. En el caso del máximo, únicamente, no es significativo en el nivel cognitivo; los niveles fisiológico y motor presentan diferencias significativas entre ambas muestras.

En la Tabla 3.5 constatamos que existen diferencias significativas entre las muestras respecto a las distintas situaciones citadas en relación a la variable Temores, salvo en los casos de sangre, fracaso y rechazo social, y miedo imaginativo en que las diferencias no son significativas.

TEMORES MIEDOS	MÍNIMO			MÁXIMO		
	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.
ANIMALES	16	-3.9062	<.001	43	3.1250	<.001
FENÓMENOS NATUROLÓGICOS	12	-4.9479	<.001	50	4.9479	<.001
DAÑO FÍSICO	20	-2.8646	<.01	46	3.9062	<.001
SANGRE	9	-5.7291	<.001	37	1.5625	n.s.
SÍMBOLOS Y RITOS DE MUERTE	14	-4.4271	<.001	44	3.3854	<.001
MUERTE O PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS	8	-5.9896	<.001	46	3.9062	<.001
FRACASO Y RECHAZO SOCIAL	24	-1.8229	<.05	34	.7812	n.s.
GENTE DESCONOCIDA Y MUCHEDUMBRE	15	-4.1666	<.001	41	2.6042	<.01
VIOLENCIA ENTRE PERSONAS	15	-4.1666	<.001	50	4.9479	<.001
CLAUSTROFOBIA	7	-6.2500	<.001	56	6.5104	<.001
MIEDO IMAGINATIVO	21	-2.6042	<.01	33	.5208	n.s.
SEXUAL	17	-3.6458	<.001	41	2.6042	<.01

Tabla 3.5: Prueba de Wald-Wolfowitz aplicada a la variable Temores.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

ESTADO ANALÍTICO	MÍNIMO			MÁXIMO		
	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.
ALBÚMINA	16	-3.9062	<.001	40	2.3437	<.01
ALFA - 1 ANTITRIPSINA	24	-1.8229	<.05	32	.2604	n.s.
HIERRO	27	-1.0417	n.s.	35	1.0417	n.s.
LEUCOCITOS	25	-1.5625	n.s.	27	-1.0417	n.s.
PROTEINA C REACTIVA	30	-.2604	n.s.	31	.0000	n.s.
PLAQUETAS	26	-1.3021	n.s.	30	-.2604	n.s.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	16	-3.9062	<.001	37	1.5625	n.s.

Tabla 3.6: Prueba de Wald-Wolfowitz aplicada a la variable Estado Analítica.

En la Tabla 3.6 comprobamos que, salvo en el caso de la Albúmina, todos los índices en relación a ambas muestras no presentan diferencias significativas. Por tanto, las rachas se hallan uniformemente repartidas.

PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS	MÍNIMO			MÁXIMO		
	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.	RACHAS	PUNTUACIÓN Z	PROB.
SALICILATOS	6	-6.5104	<.001	48	4.4271	<.001
CORTICOIDES	6	-6.5104	<.001	56	6.5104	<.001
SALAZOPIRINA	2	-7.5520	<.001	56	6.5104	<.001

Tabla 3.7: Prueba de Wald-Wolfowitz aplicada a la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos.

En la Tabla 3.7 comprobamos que en todos los parámetros de la variable existen diferencias significativas entre las distribuciones de ambas muestras. En los tres tipos de fármacos no aparecen uniformemente repartidas las distintas rachas.

Cuarto, aplicamos la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis al no cumplirse integralmente en todas las variables la igualdad de condiciones entre ambas muestras en relación a las pruebas de Levene y Wald-Wolfowitz.

La prueba de Kruskal Wallis consiste en comparar las distintas medias de tal forma que si la significación es mayor que 0.05 aceptamos que las variables de ambas

muestras tienen la misma distribución, es decir, no existen diferencias significativas.

En la Tabla 4.1 comprobamos que no existen diferencias significativas entre las medias de las diferentes subescalas de la variable Clima Familiar.

CLIMA FAMILIAR				CORREGIDO	POR	EMPATES
	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.
COHESIÓN	.5574	1	n.s.	.5921	1	n.s.
EXPRESIVIDAD	.0874	1	n.s.	.0928	1	n.s.
CONFLICTO	.0123	1	n.s.	.0129	1	n.s.
AUTONOMÍA	1.4519	1	n.s.	1.5059	1	n.s.
ACTUACIÓN	.0632	1	n.s.	.0670	1	n.s.
INTELECTUAL - CULTURAL	.1421	1	n.s.	.1460	1	n.s.
SOCIAL - RECREATIVO	.0001	1	n.s.	.0001	1	n.s.
MORALIDAD - RELIGIOSIDAD	.0044	1	n.s.	.0047	1	n.s.
ORGANIZACIÓN	.3764	1	n.s.	.3936	1	n.s.
CONTROL	.2169	1	n.s.	.2225	1	n.s.

Tabla 4.1: Prueba de Kruskal-Wallis aplicada a la variable Clima Familiar.

En la Tabla 4.2 comprobamos que no existen diferencias significativas entre las distintas subescalas de la variable Clima Laboral para ambas muestras.

CLIMA LABORAL				CORREGIDO	POR	EMPATES
	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.
IMPLICACIÓN	.4176	1	n.s.	.4257	1	n.s.
COHESIÓN	.6413	1	n.s.	.6559	1	n.s.
APOYO	.2418	1	n.s.	.2451	1	n.s.
AUTONOMÍA	.0239	1	n.s.	.0243	1	n.s.
ORGANIZACIÓN	1.0518	1	n.s.	1.0829	1	n.s.
PRESIÓN	.0284	1	n.s.	.0292	1	n.s.
CLARIDAD	.0334	1	n.s.	.0349	1	n.s.
CONTROL	.8084	1	n.s.	.8263	1	n.s.
INNOVACIÓN	.2850	1	n.s.	.2955	1	n.s.
COMODIDAD	2.1760	1	n.s.	2.2311	1	n.s.

Tabla 4.2: Prueba de Kruskal-Wallis aplicada a la variable Clima Laboral.

En la Tabla 4.3 constatamos que todas las subescalas de la variable Motivación de Ejecución no presentan diferencias significativas entre las medias de ambas muestras.

MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN				CORREGIDO POR EMPATES		
	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.
ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO	.0315	1	n.s.	.0318	1	n.s.
ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO	1.0710	1	n.s.	1.0864	1	n.s.
AUTOEXIGENCIA LABORAL	.0005	1	n.s.	.0005	1	n.s.
INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACIÓN MUNDO PRIVADO Y LABORAL	.1535	1	n.s.	.1566	1	n.s.
MOTIVACIÓN POSITIVA HACIA LA ACCIÓN	.1312	1	n.s.	.1331	1	n.s.
TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO	.1259	1	n.s.	.1285	1	n.s.

Tabla 4.3: Prueba de Kruskal-Wallis en la variable Motivación de Ejecución.

En la Tabla 4.4 no aparecen diferencias significativas entre las medias relativas a las distribuciones de los distintos tipos de respuestas de la variable Ansiedad.

ANSIEDAD				CORREGIDO POR EMPATES		
	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.
COGNITIVO	.4042	1	n.s.	.4043	1	n.s.
FISIOLÓGICO	.3497	1	n.s.	.3500	1	n.s.
MOTOR	.0158	1	n.s.	.0158	1	n.s.

Tabla 4.4: Prueba de Kruskal-Wallis aplicada a la variable Ansiedad.

En la Tabla 4.5 comprobamos que no existen diferencias significativas entre las medias de las distintas situaciones propias de la variable temores en ambas muestras.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

TEMORES MIEDOS				CORREGIDO	POR	EMPATES
	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.
ANIMALES	.1902	1	n.s.	.1911	1	n.s.
FENÓMENOS NATUROLÓGICOS	1.1969	1	n.s.	1.2266	1	n.s.
DAÑO FÍSICO	2.8158	1	n.s.	2.8303	1	n.s.
SANGRE	.1259	1	n.s.	.1276	1	n.s.
SÍMBOLOS Y RITOS DE MUERTE	.0492	1	n.s.	.0495	1	n.s.
MUERTE O PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS	2.9159	1	n.s.	3.0502	1	n.s.
FRACASO Y RECHAZO SOCIAL	.4625	1	n.s.	.4631	1	n.s.
GENTE DESCONOCIDA Y MUCHEDUMBRE	2.9666	1	n.s.	3.0063	1	n.s.
VIOLENCIA ENTRE PERSONAS	.3410	1	n.s.	.3435	1	n.s.
CLAUSTROFOBIA	.0831	1	n.s.	.1008	1	n.s.
MIEDO IMAGINATIVO	1.9935	1	n.s.	1.9968	1	n.s.
SEXUAL	1.3298	1	n.s.	1.3348	1	n.s.

Tabla 4.5: Prueba de Kruskal-Wallis aplicada a la variable Temores.

En la Tabla 4.6 destacamos la no existencia de diferencias significativas entre las medias de los índices propios de la variable Estado Analítica en ambas muestras.

ESTADO ANALÍTICA				CORREGIDO	POR	EMPATES
	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.
ALBÚMINA	.1653	1	n.s.	.1664	1	n.s.
ALFA - 1 ANTITRIPSINA	2.3189	1	n.s.	2.3194	1	n.s.
HIERRO	.2833	1	n.s.	.2836	1	n.s.
LEUCOCITOS	.1107	1	n.s.	.1107	1	n.s.
PROTEINA C REACTIVA	.6256	1	n.s.	.6259	1	n.s.
PLAQUETAS	.2169	1	n.s.	.2169	1	n.s.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	1.5792	1	n.s.	1.5868	1	n.s.

Tabla 4.6: Prueba de Kruskal-Wallis aplicada a la variable Estado Analítica.

En la Tabla 4.7, en relación a la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos, constatamos que no existen diferencias significativas entre sus medias.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS				CORREGIDO	POR	EMPATES
	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.	CHI CUADRADO	GL	SIGNIFIC.
SALICILATOS	.3325	1	n.s.	.4473	1	n.s.
CORTICOIDES	.0027	1	n.s.	.0049	1	n.s.
SALAZOPIRINA	.4426	1	n.s.	3.1034	1	n.s.

Tabla 4.7: Prueba de Kruskal-Wallis aplicada a la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos.

- Análisis de Varianza de una vía (Anova One-Way)

Aplicamos el Análisis de Varianza de una vía (Anova One-Way) para verificar si existen diferencias en la varianza de ambas muestras debido al entrenamiento en relajación.

Se trata de un análisis de los datos obtenidos una vez sometido uno de los grupos experimentales (grupo tratamiento) a dicho entrenamiento.

CLIMA FAMILIAR	CONTROL $\bar{X}$	TRATAMIENTO $\bar{X}$	GL	F	PROB. SIGNIFIC.
COHESIÓN	7.2333	8.2667	1	8.8277	<.01
EXPRESIVIDAD	5.8333	6.4000	1	2.7560	n.s.
CONFLICTO	2.5000	1.4667	1	7.8086	<.01
AUTONOMÍA	4.9000	6.5667	1	24.6431	<.001
ACTUACIÓN	5.8000	6.9333	1	6.3253	<.05
INTELECTUAL - CULTURAL	4.7333	5.4333	1	2.1397	n.s.
SOCIAL - RECREATIVO	4.3333	5.5333	1	7.8235	<.01
MORALIDAD - RELIGIOSIDAD	4.6333	4.6000	1	.0054	n.s.
ORGANIZACIÓN	6.8000	6.8667	1	.0174	n.s.
CONTROL	3.3000	4.4000	1	5.7368	<.05

Tabla 5.1: Análisis de Varianza de una vía en la variable Clima Familiar.

En la Tabla 5.1 comprobamos que, por un lado, existen diferencias significativas en la varianza entre ambas muestras en algunas de las subescalas (Cohesión, Conflicto, Autonomía, Actuación, Social-recreativo y

Control) de la variable Clima Familiar, y, por otro lado, no existen diferencias significativas en el resto debido al entrenamiento en relajación en el grupo tratamiento.

En los casos en que existe una variación significativa, confirmamos ésta a favor del grupo tratamiento siendo sus medias sensiblemente superiores, es decir, aparece una mejora del Clima Familiar en dichas subescalas, salvo en la subescala Conflicto cuyo efecto es el contrario.

En la Tabla 5.2 constatamos que, únicamente, las subescalas Implicación, Cohesión, Organización y Comodidad de la variable Clima Laboral cumplen con el intervalo de confianza del 95 por ciento, es decir, son significativas las diferencias entre las varianzas de ambos grupos.

En todas y cada una de las subescalas con varianzas significativas, se resuelve a favor del grupo tratamiento presentando una media superior a la del grupo control.

CLIMA LABORAL	CONTROL $\bar{X}$	TRATAMIENTO $\bar{X}$	GL	F	PROB. SIGNIFIC.
IMPLICACIÓN	4.3500	6.1053	1	6.7587	<.05
COHESIÓN	5.1000	6.9474	1	8.3841	<.01
APOYO	4.3500	5.0526	1	.7250	n.s.
AUTONOMÍA	4.4000	5.5263	1	2.4918	n.s.
ORGANIZACIÓN	5.8500	7.3158	1	6.5280	<.05
PRESIÓN	4.7500	3.7895	1	2.1472	n.s.
CLARIDAD	4.4000	4.3684	1	.0041	n.s.
CONTROL	5.2500	4.5263	1	.7660	n.s.
INNOVACIÓN	2.5000	2.8947	1	.2352	n.s.
COMODIDAD	4.6500	6.7895	1	11.6450	<.01

Tabla 5.2: Análisis de Varianza de una vía en la variable Clima Laboral.

En la Tabla 5.3. comprobamos que no existen diferencias significativas entre las varianzas de ambas muestras salvo en las subescalas de Autoexigencia laboral y Motivación positiva hacia la acción. En ambos casos, el entrenamiento en relajación ha favorecido dichas varianzas.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	CONTROL $\bar{X}$	TRATAMIENTO $\bar{X}$	GL	F	PROB. SIGNIFIC.
ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO	7.1333	8.4333	1	2.6500	n.s.
ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO	8.7667	10.0667	1	2.8426	n.s.
AUTOEXIGENCIA LABORAL	11.5000	13.0000	1	8.2421	<.01
INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACIÓN MUNDO PRIVADO Y LABORAL	4.6000	5.2000	1	.8749	n.s.
MOTIVACIÓN POSITIVA HACIA LA ACCIÓN	5.6000	7.1667	1	6.3673	<.05
TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO	4.9000	5.9333	1	2.0436	n.s.

Tabla 5.3: Análisis de Varianza de una vía para la Motivación de Ejecución.

En la Tabla 5.4. constatamos que, únicamente, en el nivel fisiológico de la variable Ansiedad existen diferencias significativas en la varianza. El grupo tratamiento presenta una media más baja gracias al entrenamiento en relajación.

ANSIEDAD	CONTROL $\bar{X}$	TRATAMIENTO $\bar{X}$	GL	F	PROB. SIGNIFIC.
COGNITIVO	89.7333	77.5667	1	1.9578	n.s.
FISIOLÓGICO	53.1000	36.2333	1	6.4319	<.05
MOTOR	44.3000	40.2333	1	.1948	n.s.

Tabla 5.4: Análisis de Varianza de una vía en la variable Ansiedad.

En la Tabla 5.5 comprobamos que en la variable Temores no existen diferencias significativas entre las varianzas de situaciones como Animales, Sangre, Símbolos y ritos de muerte y Claustrofobia. El resto son significativos y con una media superior en el grupo control, es decir, presentan un nivel más alto de Temores por no haber sido sometidos al entrenamiento en relajación.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

TEMORES MIEDOS	CONTROL $\bar{X}$	TRATAMIENTO $\bar{X}$	GL	F	PROB. SIGNIFIC.
ANIMALES	11.3000	8.9667	1	1.2435	n.s.
FENÓMENOS NATUROLÓGICOS	5.6000	3.7333	1	6.0500	<.05
DAÑO FÍSICO	27.9333	19.9000	1	11.4382	<.01
SANGRE	5.3333	3.7667	1	3.1036	n.s.
SÍMBOLOS Y RITOS DE MUERTE	7.3333	5.6000	1	2.5282	n.s.
MUERTE O PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS	5.7333	2.9667	1	38.5306	<.001
FRACASO Y RECHAZO SOCIAL	33.9000	24.6000	1	11.4115	<.01
GENTE DESCONOCIDA Y MUCHEDUMBRE	11.2333	7.1667	1	11.7401	<.01
VIOLENCIA ENTRE PERSONAS	12.5667	7.5000	1	21.7495	<.001
CLAUSTROFOBIA	1.5667	1.0667	1	1.2852	n.s.
MIEDO IMAGINATIVO	21.6000	13.3000	1	10.8233	<.01
SEXUAL	11.6667	9.2000	1	2.3616	n.s.

Tabla 5.5: Análisis de Varianza de una vía en la variable Temores.

En la Tabla 5.6 comprobamos que existen diferencias significativas en las varianzas pertenecientes a ambos grupos en la variable Estado analítica, exclusivamente, en el índice Hierro. El resto de índices presenta un análisis no significativo en relación a sus varianzas.

En el caso del Hierro aparece una diferencia en las medias a favor del grupo tratamiento.

ESTADO ANALÍTICO	CONTROL $\bar{X}$	TRATAMIENTO $\bar{X}$	GL	F	PROB. SIGNIFIC.
ALBÚMINA	4.5167	4.5067	1	.0013	n.s.
ALFA - 1 ANTITRIPSINA	225.9000	231.7000	1	.1593	n.s.
HIERRO	60.3667	74.7000	1	5.2926	<.05
LEUCOCITOS	8.7433	8.7667	1	.0012	n.s.
PROTEINA C REACTIVA	7.5500	4.1300	1	3.2762	n.s.
PLAQUETAS	314.0333	285.8667	1	1.3499	n.s.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	15.9667	15.1667	1	.0425	n.s.

Tabla 5.6: Análisis de Varianza de una vía en la variable Estado Analítico.

En la Tabla 5.7 comprobamos que, únicamente, los Corticoides presentan diferencias significativas en sus varianzas.

En este caso, la muestra perteneciente al grupo tratamiento presenta una media muy inferior a la del grupo control. Por tanto, al grupo de sujetos sometido a entrenamiento en relajación se le han prescrito menores dosis de este fármaco.

PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS	CONTROL $\bar{X}$	TRATAMIENTO $\bar{X}$	GL	F	PROB. SIGNIFIC.
SALICILATOS	7.0000	3.3333	1	2.0532	n.s.
CORTICOIDES	11.0000	2.0000	1	7.3406	<.01
SALAZOPIRINA	.0000	.3333	1	1.0000	n.s.

Tabla 5.7: Análisis de la Varianza de una vía en la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos.

- T de Student

Aplicamos la t de Student para verificar si existen diferencias significativas en las medias antes y después del entrenamiento en relajación en las muestras pertenecientes a los grupos control y tratamiento. De tal forma que comprobamos si existen diferencias a nivel intragrupo debido o no a dicha intervención.

Vamos presentando, en este apartado referido a resultados del análisis de la t de Student, distintas tablas relativas a cada una de las variables (y sus correspondientes subescalas) y de las muestras.

En la Tabla 6.1 comprobamos que, en el grupo control, existen diferencias significativas en las medias relativas, únicamente, a la subescala Conflicto de la variable Clima Familiar.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

CLIMA FAMILIAR	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
COHESIÓN	29	7.233	7.233	-----	n.s.
EXPRESIVIDAD	29	5.900	5.833	.254	n.s.
CONFLICTO	29	2.266	2.500	.626	<.05
AUTONOMÍA	29	4.900	4.900	.371	n.s.
ACTUACIÓN	29	5.800	5.800	.263	n.s.
INTELLECTUAL - CULTURAL	29	4.666	4.733	.254	n.s.
SOCIAL - RECREATIVO	29	4.400	4.333	.740	n.s.
MORALIDAD - RELIGIOSIDAD	29	4.566	4.633	.254	n.s.
ORGANIZACIÓN	29	6.833	6.800	.183	n.s.
CONTROL	29	3.233	3.300	.450	n.s.

Tabla 6.1: t de Student en la variable Clima Familiar con medidas pre y post del grupo control.

En la Tabla 6.2 comprobamos que, en el grupo tratamiento, existen diferencias significativas en las medias de la variable Clima Familiar, salvo en la

subescala de Moralidad-Religiosidad. El intervalo de confianza supera el 99 por ciento.

CLIMA FAMILIAR	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIF IC.
COHESIÓN	29	7.433	8.266	.834	<.001
EXPRESIVIDAD	29	5.900	6.400	.572	<.001
CONFLICTO	29	2.333	1.466	.730	<.001
AUTONOMÍA	29	5.366	6.566	.761	<.001
ACTUACIÓN	29	5.866	6.933	.691	<.001
INTELECTUAL - CULTURAL	29	4.833	5.433	.855	<.01
SOCIAL - RECREATIVO	29	4.366	5.533	.874	<.001
MORALIDAD - RELIGIOSIDAD	29	4.500	4.600	.481	n.s.
ORGANIZACIÓN	29	6.633	6.866	.430	<.01
CONTROL	29	2.966	4.400	.774	<.001

Tabla 6.2: t de Student en la variable Clima Familiar con medidas pre y post del grupo tratamiento.

En la Tabla 6.3 constatamos que, en el grupo control, la variable Clima Laboral en todas sus subescalas no presenta diferencias significativas en sus medias.

CLIMA LABORAL	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
IMPLICACIÓN	19	4.450	4.350	.447	n.s.
COHESIÓN	19	5.050	5.100	.394	n.s.
APOYO	19	4.500	4.350	.489	n.s.
AUTONOMÍA	19	4.350	4.400	.510	n.s.
ORGANIZACIÓN	19	6.000	5.850	.366	n.s.
PRESIÓN	19	4.600	4.750	.587	n.s.
CLARIDAD	19	4.300	4.400	.553	n.s.
CONTROL	19	5.250	5.250	.324	n.s.
INNOVACIÓN	19	2.350	2.500	.489	n.s.
COMODIDAD	19	4.700	4.650	.224	n.s.

Tabla 6.3: t de Student en la variable Clima Laboral con medidas pre y post del grupo control.

En la Tabla 6.4 constatamos la existencia de diferencias significativas en las medias, salvo en cuatro de las subescalas, de la variable Clima Laboral en el grupo tratamiento. Estos índices de no significatividad se corresponden con Apoyo, Claridad, Control e Innovación.

CLIMA LABORAL	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
IMPLICACIÓN	19	4.947	6.1053	.688	<.001
COHESIÓN	19	5.578	6.947	.895	<.001
APOYO	19	4.789	5.052	.653	n.s.
AUTONOMÍA	19	4.157	5.526	.895	<.001
ORGANIZACIÓN	19	6.578	7.315	.562	<.001
PRESIÓN	19	4.473	3.789	.671	<.001
CLARIDAD	19	4.368	4.368	.577	n.s.
CONTROL	19	4.526	4.526	.471	n.s.
INNOVACIÓN	19	2.894	2.894	.471	n.s.
COMODIDAD	19	5.736	6.789	.848	<.001

Tabla 6.4: t de Student en la variable Clima Laboral con medidas pre y post del grupo tratamiento.

En la tabla 6.5 comprobamos en la variable Motivación de Ejecución, en el grupo control, que existen diferencias significativas relativas a las medias, únicamente, en las subescalas Ansiedad inhibidora del rendimiento y Autoexigencia laboral; en el resto, no existen diferencias significativas.

MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO	29	7.100	7.133	.414	n.s.
ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO	29	8.400	8.766	.765	<.05
AUTOEXIGENCIA LABORAL	29	11.900	11.500	.770	<.01
INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACIÓN MUNDO PRIVADO Y LABORAL	29	4.533	4.600	.365	n.s.
MOTIVACIÓN POSITIVA HACIA LA ACCIÓN	29	5.666	5.600	.640	n.s.
TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO	29	4.900	4.900	.743	n.s.

Tabla 6.5: t de Student en la variable Motivación de Ejecución con medidas pre y post del grupo control.

En la Tabla 6.6 constatamos la no existencia de diferencias significativas en ninguna de las subescalas de la variable Motivación de ejecución en el grupo tratamiento. En todos los casos, el intervalo de confianza supera el 99 por ciento.

MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO	29	7.200	8.433	.774	<.001
ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO	29	9.166	10.066	1.029	<.001
AUTOEXIGENCIA LABORAL	29	2.033	1.875	.980	<.001
INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACIÓN MUNDO PRIVADO Y LABORAL	29	4.300	5.200	.712	<.001
MOTIVACIÓN POSITIVA HACIA LA ACCIÓN	29	5.966	7.166	.847	<.001
TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO	29	4.733	5.933	.961	<.001

Tabla 6.6: t de Student en la variable Motivación de Ejecución con medidas pre y post del grupo tratamiento.

En la Tabla 6.7 comprobamos la existencia de diferencias significativas en las medias, exclusivamente en el nivel cognitivo, perteneciente a la variable Ansiedad del grupo control. Esta significación supera el intervalo del 99 por ciento.

Los otros dos índices, fisiológico y motor, no presentan diferencias significativas; su intervalo de confianza se encuentra por debajo del 95 por ciento.

ANSIEDAD	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
COGNITIVO	29	86.100	89.733	4.560	<.001
FISIOLÓGICO	29	51.933	53.100	3.806	n.s.
MOTOR	29	43.266	44.300	4.499	n.s.

Tabla 6.7: t de Student en Ansiedad con medidas pre y post del grupo control.

En la Tabla 6.8 el grupo tratamiento, en la variable Ansiedad, presenta diferencias significativas en sus medias respecto a los tres índices.

ANSIEDAD	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
COGNITIVO	29	91.866	77.566	10.515	<.001
FISIOLÓGICO	29	48.533	36.233	9.185	<.001
MOTOR	29	45.466	40.233	4.725	<.001

Tabla 6.8: t de Student en la variable Ansiedad con medidas pre y post del grupo tratamiento.

En la tabla 6.9 comprobamos que, únicamente las subescalas Sangre, Violencia y sexual de la variable Temores, muestran diferencias significativas en sus medias. El resto de subescalas de este grupo control aparecen como no significativas siendo su intervalo de confianza inferior al 95 por ciento.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

TEMORES MIEDOS	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
ANIMALES	29	11.100	11.300	1.095	n.s.
FENÓMENOS NATUROLÓGICOS	29	5.566	5.600	.556	n.s.
DAÑO FÍSICO	29	27.500	27.933	1.223	n.s.
SANGRE	29	4.966	5.333	.718	<.05
SÍMBOLOS Y RITOS DE MUERTE	29	7.133	7.333	.610	n.s.
MUERTE O PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS	29	5.666	5.733	.521	n.s.
FRACASO Y RECHAZO SOCIAL	29	33.766	33.900	1.332	n.s.
GENTE DESCONOCIDA Y MUCHEDUMBRE	29	11.100	11.233	.776	n.s.
VIOLENCIA ENTRE PERSONAS	29	12.266	12.566	.702	<.05
CLAUSTROFOBIA	29	1.400	1.566	.461	n.s.
MIEDO IMAGINATIVO	29	21.400	21.600	.961	n.s.
SEXUAL	29	11.400	11.666	.583	<.05

Tabla 6.9: t de Student en Temores con medidas pre y post del grupo control.

En la Tabla 6.10 es constatable la significatividad de la diferencia en sus medias, a excepción de la subescala Sexual, de la variable Temores en el grupo tratamiento.

TEMORES MIEDOS	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
ANIMALES	29	10.000	8.966	1.098	<.001
FENÓMENOS NATUROLÓGICOS	29	4.533	3.733	1.095	<.001
DAÑO FÍSICO	29	23.233	19.900	1.900	<.001
SANGRE	29	4.533	3.766	1.223	<.01
SÍMBOLOS Y RITOS DE MUERTE	29	7.200	5.600	1.476	<.001
MUERTE O PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS	29	4.833	2.966	1.224	<.001
FRACASO Y RECHAZO SOCIAL	29	31.266	24.600	4.334	<.001
GENTE DESCONOCIDA Y MUCHEDUMBRE	29	9.100	7.166	2.083	<.001
VIOLENCIA ENTRE PERSONAS	29	11.833	7.500	2.440	<.001
CLAUSTROFOBIA	29	1.733	1.066	1.516	<.05
MIEDO IMAGINATIVO	29	18.066	13.300	3.339	<.001
SEXUAL	29	9.600	9.200	1.070	n.s.

Tabla 6.10: t de Student en Temores con medidas pre y post del gr. tratamiento.

En la Tabla 6.11 comprobamos que no existen diferencias significativas en las medias de la mayoría de los índices de la variable Estado Analítica. Solamente, en el caso del Alfa-1 Antitripsina, podemos hablar de significatividad y, además, por encima del 99 por ciento.

ESTADO ANALÍTICO	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
ALBÚMINA	29	4.2967	4.516	1.040	n.s.
ALFA - 1 ANTITRIPSINA	29	192.633	225.900	47.983	<.01
HIERRO	29	62.100	60.366	26.306	n.s.
LEUCOCITOS	29	8.440	8.743	2.818	n.s.
PROTEINA C REACTIVA	29	11.370	7.550	14.804	n.s.
PLAQUETAS	29	303.233	314.033	67.978	n.s.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBLAR	29	13.633	15.966	9.714	n.s.

Tabla 6.11: t de Student en la variable Estado Analítico con medidas pre y post del grupo control.

En la Tabla 6.12 comprobamos que este grupo tratamiento, en su variable Estado Analítica, presenta diferencias significativas en las medias de los índices Hierro y Proteína C Reactiva. El resto son no significativos, con un intervalo de confianza situado por debajo del 95 por ciento.

ESTADO ANALÍTICO	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
ALBÚMINA	29	4.176	4.506	1.094	n.s.
ALFA - 1 ANTITRIPSINA	29	216.900	231.700	62 606	n.s.
HIERRO	29	58.600	74.700	24.500	<.01
LEUCOCITOS	29	8.776	8.766	2.449	n.s.
PROTEINA C REACTIVA	29	9.566	4.130	14.382	<.05
PLAQUETAS	29	304.033	285.866	60.475	n.s.
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	29	17.900	15.166	22.752	n.s.

Tabla 6.12: t de Student en la variable Estado Analítico con medidas pre y post del grupo tratamiento.

Los efectos del entrenamiento

en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
SALICILATOS	29	6.666	7.000	5.561	n.s.
CORTICOIDES	29	6.666	11.000	13.438	n.s.
SALAZOPIRINA	29	.000	.000	-----	n.s.

Tabla 6.13: t de Student en la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos con medidas pre y post del grupo control.

En la Tabla 6.13 comprobamos que no existen diferencias significativas de medias en ninguno de los tipos de fármacos pertenecientes a la variable del grupo control.

PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS	GL	PRE $\bar{X}$	POST $\bar{X}$	SD	SIGNIFIC.
SALICILATOS	29	12.000	3.333	15.253	<.01
CORTICOIDES	29	5.833	2.000	8.579	<.05
SALAZOPIRINA	29	4.666	.333	13.817	n.s.

Tabla 6.14: t de Student en la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos con medidas pre y post del grupo tratamiento.

En la Tabla 6.14 constatamos que, en el tipo de fármaco denominado como Salazopirina, no existen diferencias significativas en sus medias. En cambio, en los otros dos tipos de la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos, en el grupo tratamiento, el intervalo de confianza supera, al menos, el 95 por ciento.

6.4.- Discusión y conclusiones

En el presente apartado pasamos a traducir los distintos resultados reflejados en el epígrafe anterior, así como las correspondientes conclusiones teniendo en cuenta nuestras hipótesis de investigación y, finalmente, manifestar las limitaciones y perspectiva de futuro de la presente investigación.

6.4.1.- Discusión e interpretación de resultados

Una vez reflejados los distintos resultados obtenidos a partir de los análisis, continuamos con la interpretación.

En primer lugar, mencionamos los análisis previos a la utilización de las pruebas paramétricas: Anova One-Way y t-Student. En segundo lugar, interpretamos cada una de las variables dependientes y las correspondientes subdivisiones ya planteadas; esta discusión se plantea a dos niveles: intragrupo e intergrupo.

- Análisis de datos relativos a condiciones necesarias para la aplicación de pruebas paramétricas

A continuación mostramos un cuadro resumen sobre la significatividad de las distintas variables en relación a cada una de las condiciones básicas para la aplicación de las pruebas paramétricas.

VARIABLES EXPERIMENTALES	PRUEBAS		
	KOLMOGOROV-SMIRNOV	LEVENE	WALD-WOLFOWITZ
CLIMA FAMILIAR	n.s.	n.s.	<.001
CLIMA LABORAL	n.s.	n.s.	<.01
MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	n.s.	n.s.	<.001
ANSIEDAD	n.s.	n.s.	<.05
TEMORES	n.s.	n.s.	<.01, salvo Sangre, Fracaso y rechazo social, Miedo imaginativo
ESTADO ANALÍTICO	n.s.	n.s.	n.s., salvo Albumina
PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS	n.s.	<.01, salvo Corticoides	.001

Tabla 7.1: Cuadro-resumen de resultados de significatividad de las condiciones básicas para la aplicación de las pruebas paramétricas.

En esta Tabla 7.1. constatamos que, en el caso de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, todos los datos de las variables y sus consiguientes subdivisiones muestran un resultado de no significatividad ($>.05$), es decir, no existen diferencias significativas entre las muestras

(control y tratamiento). Ambas muestras presentan una distribución normal, no habiendo diferencias entre las mismas.

En el caso de la prueba de Levene, todas las variables salvo la Prescripción de Dosis de Fármacos (Corticoides) no presentan diferencias significativas. Es decir, se cumple la homocedasticidad de sus varianzas a excepción del tipo de fármaco denominado Corticoides.

En la tercera condición, basada en la prueba de Wald-Wolfowitz, son tres las variables (Ansiedad, Temores, Estado Analítico) que, en alguna de sus subescalas, presentan diferencias significativas en relación a la independencia de sus puntuaciones.

Por tanto, al no cumplirse íntegramente las dos últimas condiciones, acudimos a la prueba de Kruskal-Wallis, que es una prueba no paramétrica, para cerciorarnos de la igualdad de condiciones en estas muestras. Es decir, tratamos de comparar simultáneamente las distintas variables agrupándolas en un sólo grupo.

VARIABLES EXPERIMENTALES	PRUEBA KRUSKAL-WALLIS
CLIMA FAMILIAR	n.s.
CLIMA LABORAL	n.s.
MOTIVACIÓN DE EJECUCIÓN	n.s.
ANSIEDAD	n.s.
TEMORES	n.s.
ESTADO ANALÍTICO	n.s.
PRESCRIPCIÓN DE LA DOSIS DE FÁRMACOS	n.s.

Tabla 7.2: Resultados de la significatividad
de la prueba de Kruskal-Wallis.

Por tanto, podemos señalar que, de acuerdo con los resultados de no significatividad ($>.05$) en cada una de las variables que aparecen en la Tabla 7.2, no existen diferencias significativas entre los datos de los sujetos pertenecientes a ambas muestras y, en consecuencia, podemos aplicar las pruebas paramétricas: Anova One-Way y t-Student.

- Análisis intragrupal

Esta interpretación a nivel intragrupal lo llevamos a cabo conforme a los datos obtenidos (medidas pre y postratamiento) en el análisis estadístico t-Student.

La primera de las variables es el Clima Familiar. Esta variable, a su vez, consta de diez subescalas (ver Tablas 6.1 y 6.2):

- *Cohesión*: en el grupo tratamiento existe diferencia significativa en las medias de las puntuaciones de los dos momentos, antes y después del entrenamiento en relajación, en cambio, en el grupo control no hay diferencias.

Este resultado viene a significar que, gracias al entrenamiento en relajación, parece haber aumentado el grado de ayuda y apoyo entre los miembros de las familias de estos pacientes (Gráfico 1).

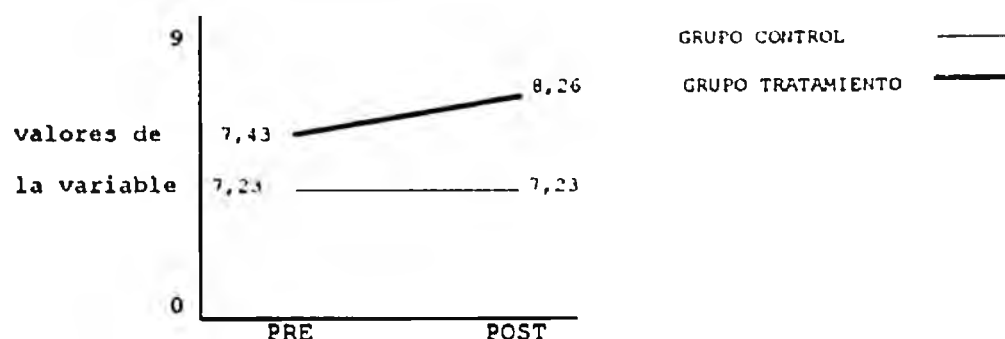


Gráfico 1: Medias intragrupalas pre y post de la subescala
Cohesión en los grupos control y tratamiento.

- *Expresividad*: en el grupo tratamiento existe diferencia significativa de medias entre ambos momentos, mientras que en el grupo control la diferencia no es significativa. En cualquier caso, la media aumenta en el grupo tratamiento y disminuye en el grupo control.

En el ambiente familiar de los pacientes sometidos al entrenamiento en relajación parece haber aumentado el grado de expresión directa de sus sentimientos (Gráfico 2).

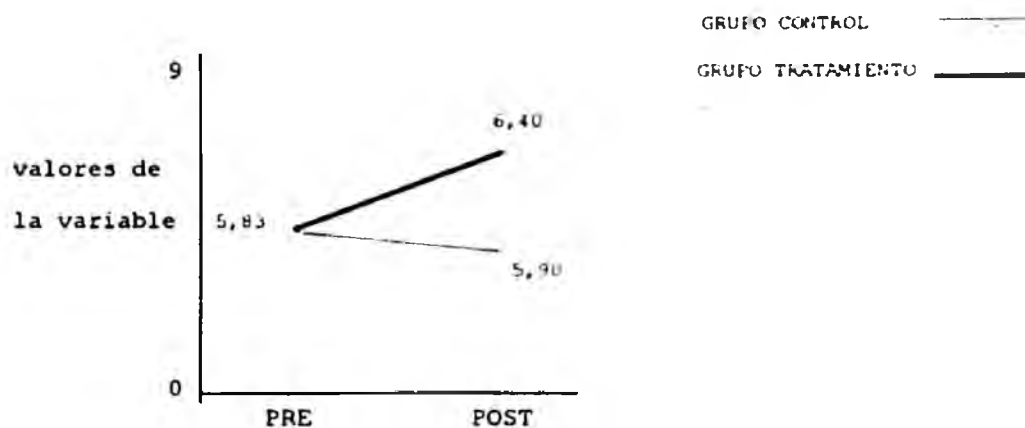


Gráfico 2: Medias intragrupalas pre y post de la subescala
Expresividad en los grupos control y tratamiento.

- *Conflicto*: existen diferencias significativas de medias en ambos grupos, aumentando en el grupo control y disminuyendo en el grupo tratamiento.

El efecto en ambos grupos experimentales es inverso, es decir, mientras en el grupo control parece aumentar el grado de expresión de la agresividad entre los miembros familiares, en el grupo tratamiento parece descender (Gráfico 3).

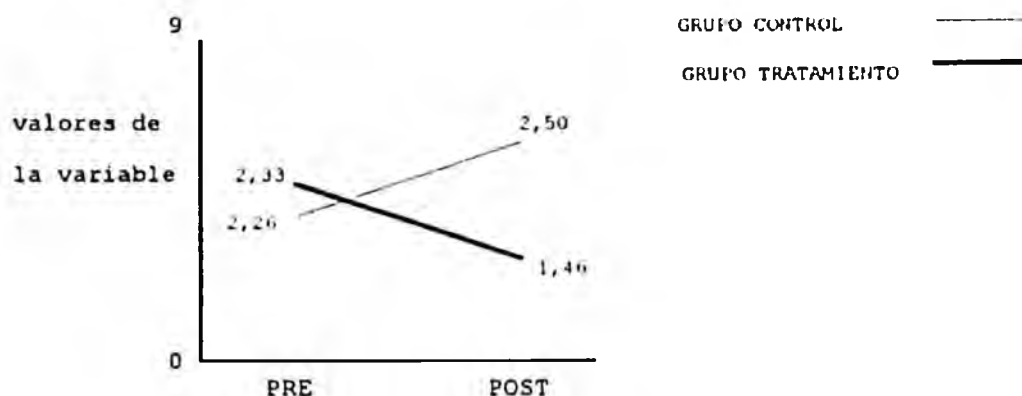


Gráfico 3: Medias intragrupales pre y post de la subescala Conflicto en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, en relación a la dimensión Relaciones de la variable Clima Familiar comprobamos que, una vez entrenados en relajación, parecen mejorar sensiblemente en cuanto al grado de cohesión y expresión libre de sentimientos, disminuyendo sensiblemente el nivel de conflicto intrafamiliar.

- **Autonomía:** la diferencia significativa de medias en el grupo tratamiento aumenta positivamente entre ambos momentos, mientras que en el grupo control éstas permanecen constantes.

Mientras que en los enfermos del grupo control parece no alterarse su grado de autonomía, en los del grupo tratamiento parece aumentar claramente su nivel de seguridad personal mostrándose capaces de tomar sus propias decisiones (Gráfico 4).

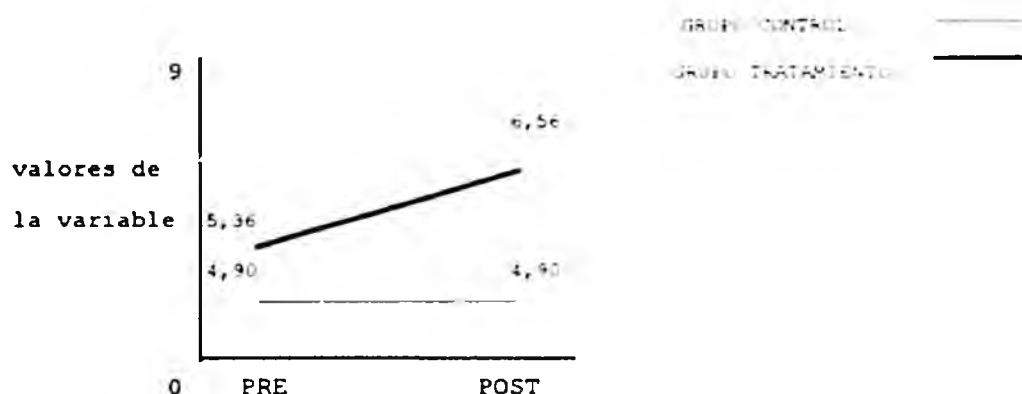


Gráfico 4: Medias intragrupal pre y post de la subescala Autonomía en los grupos control y tratamiento.

- Actuación: en el grupo tratamiento existe diferencia significativa de medias siendo superior tras el entrenamiento, mientras que en el grupo control estas permanecen constantes (Gráfico 5).

El entrenamiento en relajación parece haber logrado un aumento notable en el grado de actuación presentando un marco familiar más orientado a la acción.

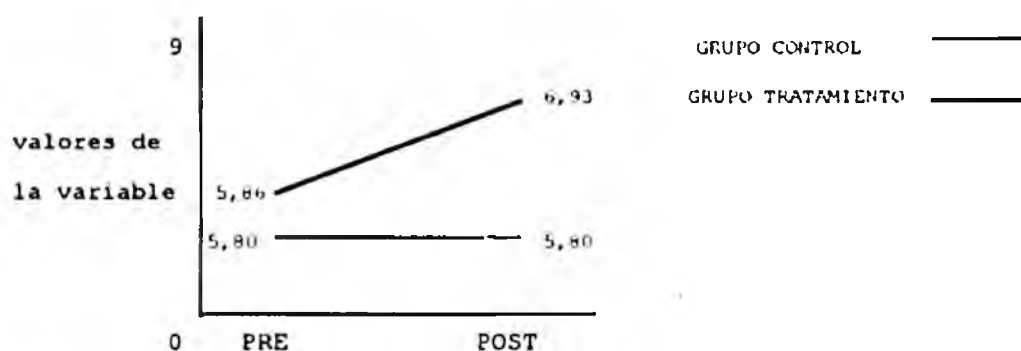


Gráfico 5: Medias intragrupal pre y post de la subescala Actuación en los grupos control y tratamiento.

- *Intelectual-cultural*: en el grupo tratamiento existe diferencia significativa de medias entre ambos momentos, pero en el grupo control ésta no es significativa.

En el clima familiar de los pacientes del grupo tratamiento parece decantarse un mayor interés por tareas y acontecimientos socio-culturales que antes de someterse al entrenamiento en relajación (Gráfico 6).

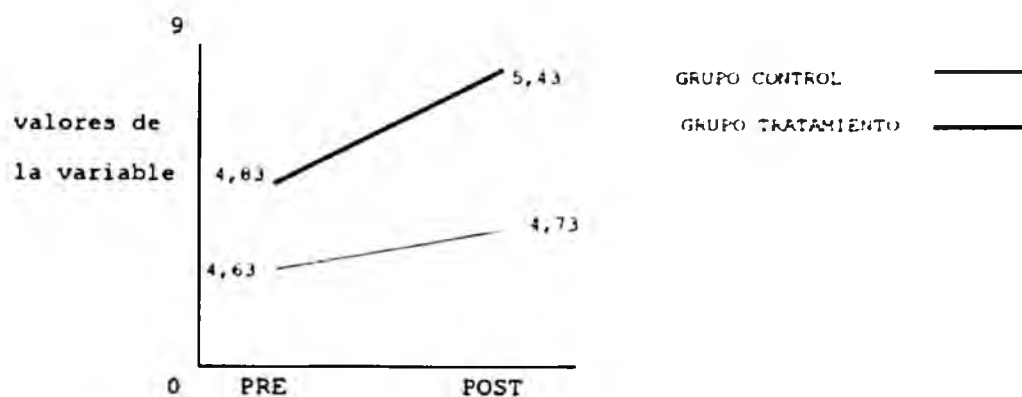


Gráfico 6: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Intelectual-Cultural en los grupos control y tratamiento.

- *Social-recreativo*: en el grupo tratamiento la media es superior tras el entrenamiento siendo su diferencia significativa, en cambio, en el grupo control, la media del segundo momento es inferior, y su diferencia no significativa.

El efecto es contrario en ambos grupos aunque, únicamente es significativo, en el grupo tratamiento, el aumento en el grado de participación en actividades de ocio y tiempo libre (Gráfico 7).

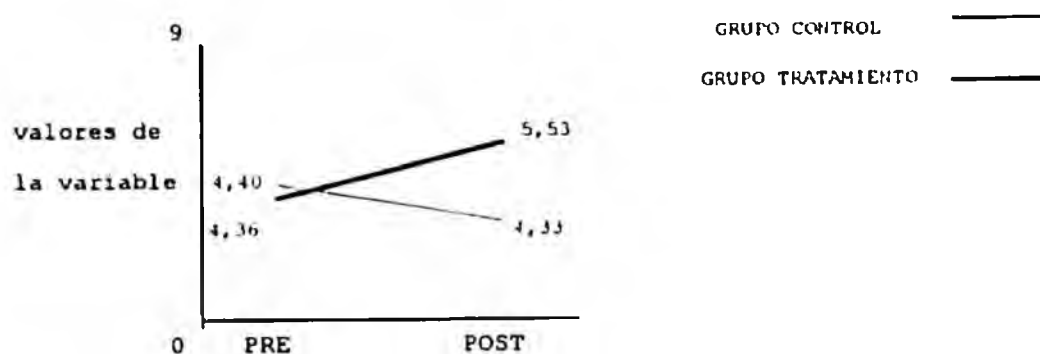


Gráfico 7: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Social-Recreativo en los grupos control y tratamiento.

- **Moralidad-religiosidad:** en ambos grupos existen diferencias de medias pero no son significativas. No parece haber influido la intervención psicológica en la importancia que puedan dar los pacientes a los valores ético-religiosos ya que ambos grupos presentan un mínimo aumento de sus medias.

Parece que, en ningún caso, se ha visto alterado el nivel de importancia y significación de valores ético-religiosos. Tanto el grupo de pacientes entrenados como el de los no entrenados en relajación presentan niveles muy parecidos en ambos momentos (Gráfico 8).

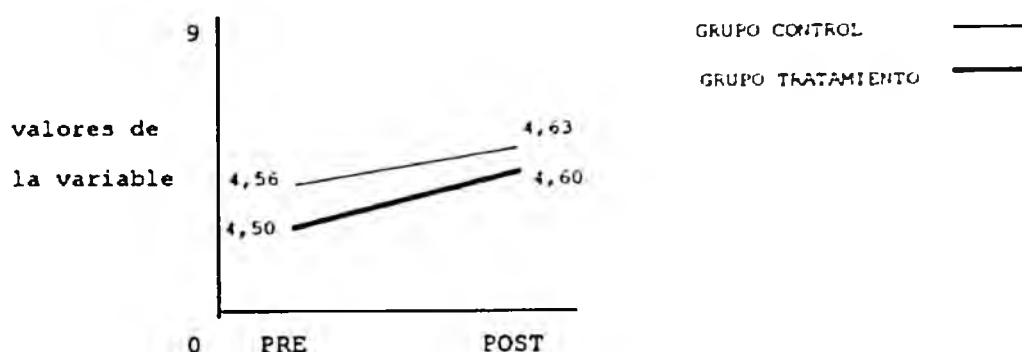


Gráfico8: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Moralidad-Religiosidad en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, en la dimensión Desarrollo de la variable Clima Familiar comprobamos que el grupo tratamiento parece mejorar en distintos procesos de desarrollo personal como la seguridad en sí mismo, la orientación competitiva y el interés y participación en acontecimientos socio-culturales y recreativos; no obstante, no parecen entreverse resultados positivos en la esfera ético-religiosa, tal vez porque requiere de un proceso más largo en el tiempo.

- Organización: en ambos grupos existen diferencias de medias pero, únicamente, en el grupo tratamiento es significativa, e incluso, positiva.

Únicamente el grupo tratamiento, tras el correspondiente entrenamiento, parece elevar el nivel de importancia que le concede a la planificación y organización de actividades así como la asunción de responsabilidades familiares (Gráfico 9).

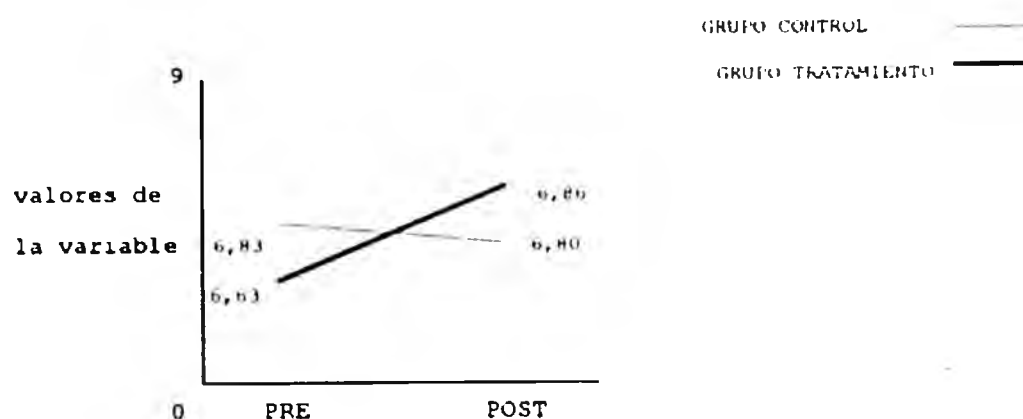


Gráfico 9: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Organización en los grupos control y tratamiento.

- Control: en ambos grupos la diferencia de medias es positiva pero, solamente, en el grupo control es significativa.

El ambiente familiar de los sujetos del grupo tratamiento, tras el entrenamiento, parece elevar su atención y disposición hacia un funcionamiento reglado y establecido (Gráfico 10).

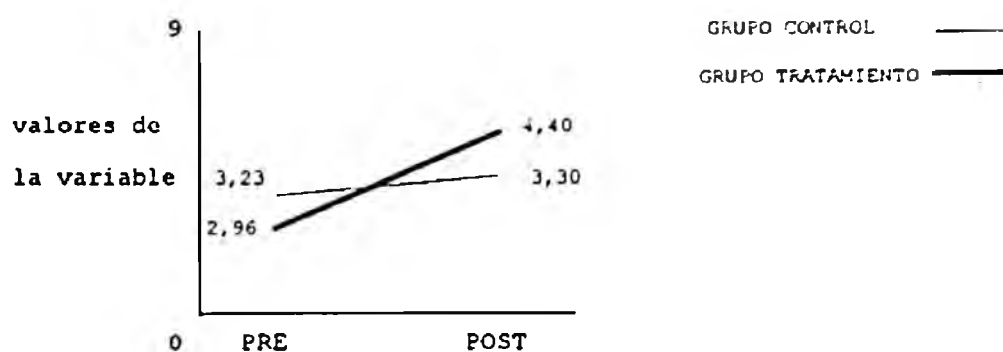


Gráfico 10: Medias intragrupales pre y post de la subescala

Control en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, la dimensión Estabilidad de la variable Clima Familiar parece presentar en los sujetos del grupo tratamiento, gracias al entrenamiento en relajación, un grado más alto de estructura, organización y control entre los miembros familiares.

En definitiva, en las tres dimensiones de la variable Clima Familiar constatamos que, al establecer una comparación entre antes y después del entrenamiento en relajación, parecen mejorar los sujetos del grupo tratamiento. En el caso del grupo control, no aparece mejoría siendo la tónica general en esta variable la constancia en sus apreciaciones, salvo en la subescala

Conflicto que viene marcada por el aumento en la expresión de su agresividad en el ámbito familiar.

La segunda variable es el **Clima Laboral** que consta de diez subescalas (ver Tabla 6.3 y 6.4):

- **Implicación:** la diferencia de medias, en el grupo tratamiento, es positiva y significativa, mientras que en el grupo control es negativa y no significativa.

Los sujetos del grupo tratamiento parecen manifestar una mayor preocupación por la actividad laboral que desempeñan una vez sometidos al entrenamiento.

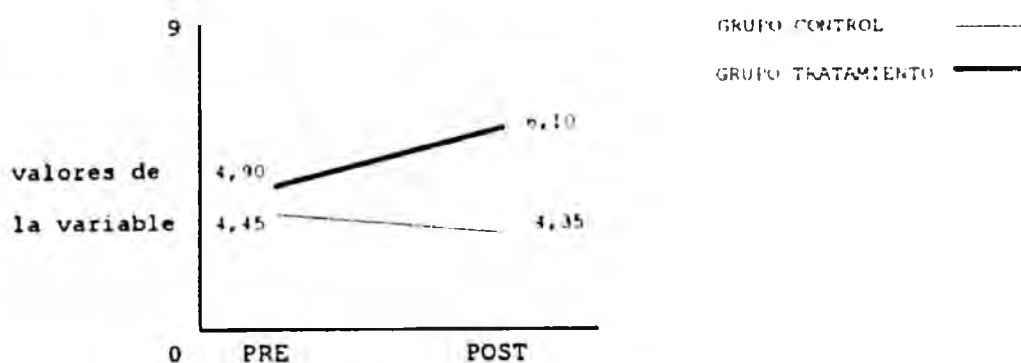


Gráfico II: Medias intragrupalas pre y post de la subescala

Implicación en los grupos control y tratamiento.

- **Cohesión:** la diferencia de medias es positiva en ambos grupos pero, únicamente, es significativa en el grupo tratamiento.

Es significativo el aumento manifestado en el grado de ayuda y amabilidad entre los compañeros de trabajo en el caso de los pacientes del grupo tratamiento tras el entrenamiento (Gráfico 12).

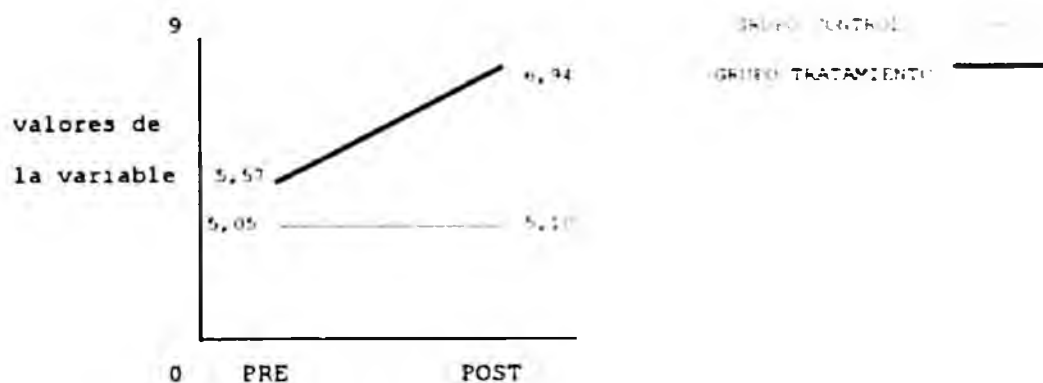


Gráfico 12: Medias intragrupal pre y post de la subescala Cohesión en los grupos control y tratamiento.

- **Apoyo:** la diferencia de medias es positiva en el grupo tratamiento y negativa en el grupo control, no obstante, en ninguno de ellos es significativa.

Solamente los sujetos del grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, parecen mejorar el nivel en que se sienten animados por sus jefes para lograr un mejor clima (Gráfico 13).

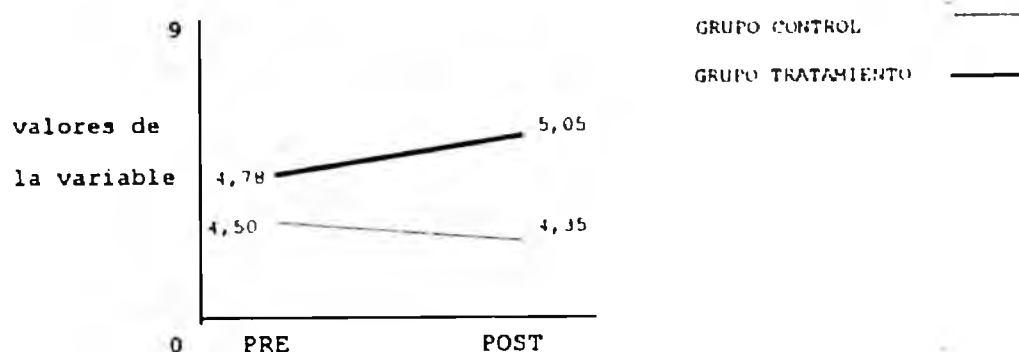


Gráfico 13: Medias intragrupal pre y post de la subescala

Apoyo en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, en relación a la dimensión Relaciones de la variable Clima Laboral comprobamos que, una vez entrenados en relajación, parecen mejorar sensiblemente en el interés y colaboración, comprometiéndose en su trabajo, e incluso, contando con el ánimo y apoyo de sus jefes.

- Autonomía: en ambos grupos la diferencia de medias es positiva pero solamente en el grupo tratamiento ésta es significativa (Gráfico 14).

Los sujetos sometidos al entrenamiento, tras el mismo, aprecian un grado más elevado de apoyo de cara a su autosuficiencia y a la adopción de iniciativas propias.

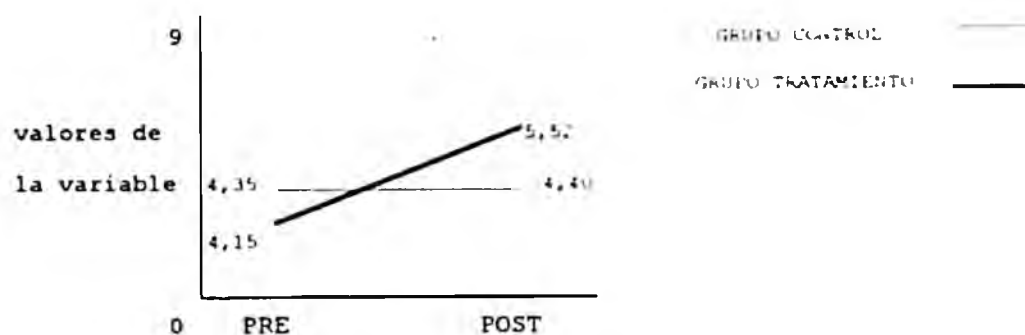


Gráfico 14: Medias intragrupales pre y post de la subescala
Autonomía en los grupos control y tratamiento.

- Organización: la diferencia de medias es positiva y significativa para el grupo tratamiento, no así en el grupo control.

Los sujetos del grupo tratamiento, tras el entrenamiento, mejoran en el grado de una planificación y eficiencia laboral (Gráfico 15).

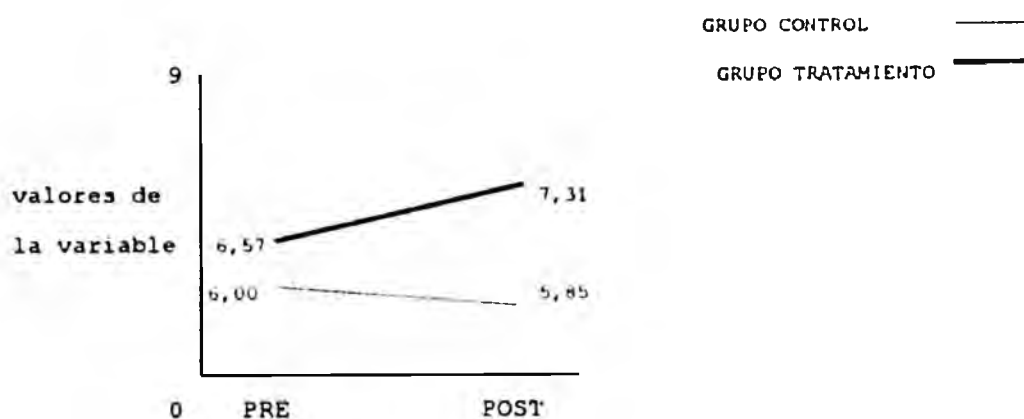


Gráfico 15: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Organización en los grupos control y tratamiento.

- Presión: el dominio del ambiente laboral por la urgencia o presión en el trabajo parece ser significativamente menor tras el entrenamiento en relajación y, en cambio, en el grupo control parece aumentar aunque no significativamente (Gráfico 16).

Una vez sometidos al entrenamiento, estos sujetos parecen manifestar un descenso en la presión y urgencia a la que pueden estar sometidos en su ambiente laboral.

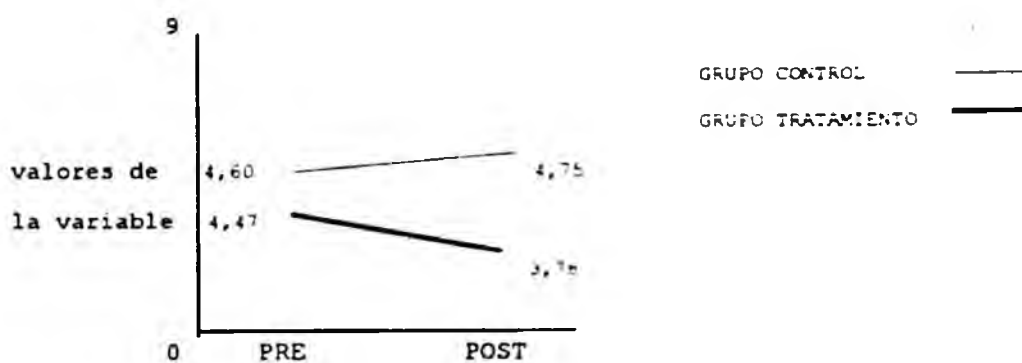


Gráfico 16: Medias intragrupales pre y post de la subescala Presión en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, en relación a la dimension Autorrealización de la variable Clima Laboral comprobamos que, una vez entrenados en relajación, parecen mejorar en la orientación del ambiente laboral en relación a la estimulación para la propia asunción iniciativas, la eficiencia y finalización de las tareas, a la vez que parece descender la presión en su trabajo.

- Claridad: en el grupo tratamiento la diferencia de medias es nula y en el grupo control es positiva pero, en ambos grupos, no significativa.

Tanto los sometidos como los no sometidos al entrenamiento en relajación no presentan significativos

cambios en el grado de conocimiento de las expectativas de los jefes en relación a las tareas diarias (Gráfico 17).

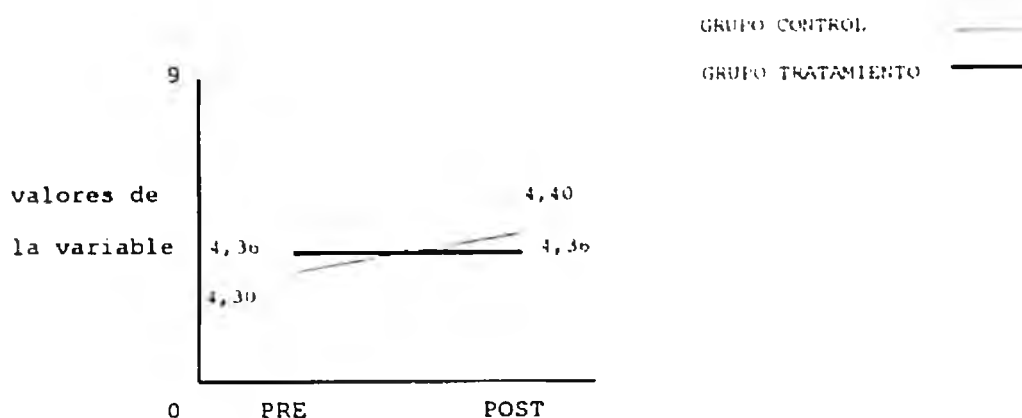


Gráfico 17: Medias intragrupales pre y post de la subescala Claridad en los grupos control y tratamiento.

- Control: en ambos grupos la diferencia de medias es nula, es decir, las medias permanecen constantes.

En los dos grupos permanece constante, en ambos momentos, el grado en que los jefes puedan utilizar reglas con el fin de controlarles (Gráfico 18).

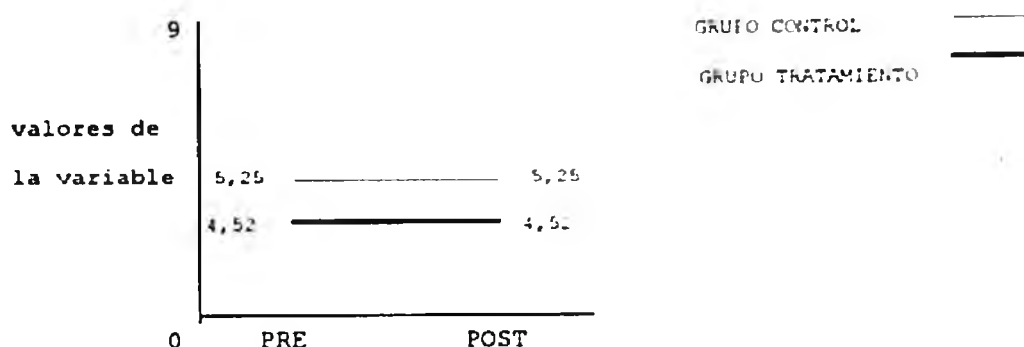


Gráfico 18: Medias intragrupalas pre y post de la subescala

Control en los grupos control y tratamiento.

- *Innovación*: en el grupo tratamiento la diferencia de medias es nula y en el grupo control es positiva pero, en ambos grupos, no significativa (Gráfico 19).

No parece haber cambios significativos en ninguno de los grupos experimentales entre los dos momentos en relación a la variedad en su trabajo.

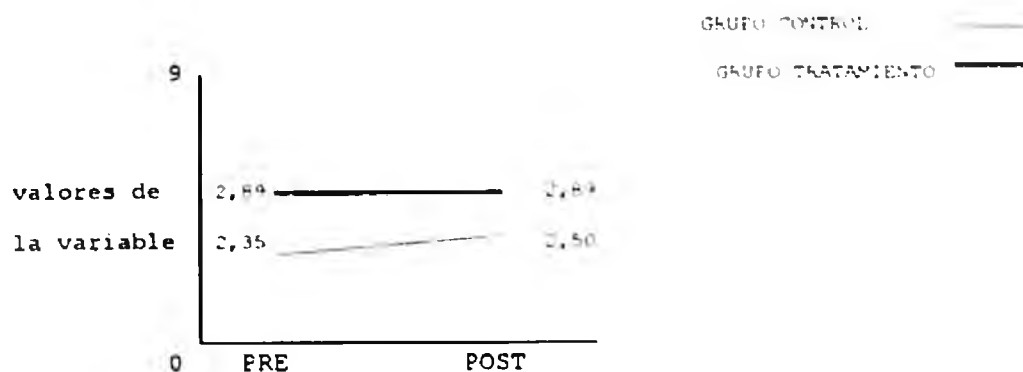


Gráfico 19: Medias intragrupalas pre y post de la subescala

Innovación en los grupos control y tratamiento.

- **Comodidad:** el grupo tratamiento presenta diferencia positiva y significativa de medias, no así el grupo control que es negativa y no significativa.

El grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, parece manifestar un grado más alto respecto al ambiente físico como proporcionador de un ambiente laboral agradable (Gráfico 20).

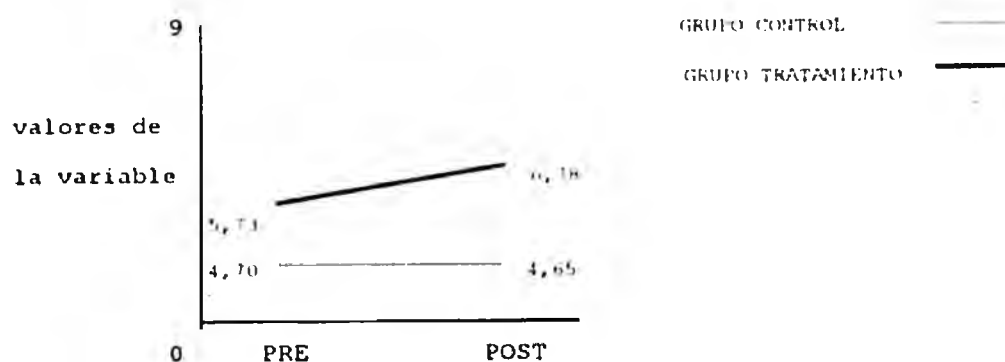


Gráfico 20: Medias intragrupales pre y post de la subescala Comodidad en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, en relación a la dimensión Estabilidad/Cambio de la variable Clima Laboral comprobamos que, una vez sometidos al entrenamiento en relajación, no parecen apreciar cambios significativos en cuanto a las explicaciones de reglas y planes, presiones e

innovación, únicamente, se percibe una mejoría en el ambiente físico que puede contribuir en la creación de un ambiente laboral agradable.

En definitiva, en el grupo tratamiento constatamos que el Clima Laboral parece haber mejorado tras el entrenamiento en relajación, concretamente, en las dimensiones de Relaciones y Autorrealización, no así en la dimensión Estabilidad/Cambio en que las apreciaciones se mantienen, aproximadamente, constantes a excepción de la subescala Comodidad en que la mejoría es notable; parece que, gracias a la intervención psicológica, comprobamos una mejoría en aquellos aspectos propios de la esfera personal. En cuanto al grupo control, se mantienen constantes las apreciaciones.

La tercera variable es la Motivación de Ejecución que consta de seis subescalas (ver Tabla 6.5 y 6.6):.

- *Ansiedad facilitadora del rendimiento*: en ambos grupos la diferencia de medias es positiva pero, únicamente, en el grupo tratamiento es significativa.

El grupo de sujetos sometidos al entrenamiento en relajación, tras el mismo, parecen presentar un alza en su nivel de respuesta positiva al estrés psicológico (Gráfico 21).

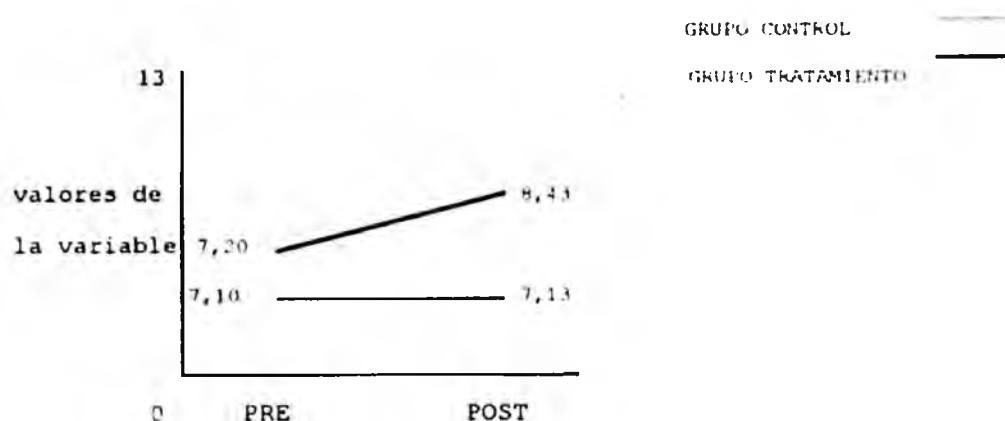


Gráfico 21: Medias intragrupales pre y post de la subescala Ansiedad

Facilitadora del rendimiento en grupos control y tratamiento.

- *Ansiedad inhibidora del rendimiento:* en ambos grupos la diferencia de medias es positiva y significativa, incluso, esta significatividad es mayor en el grupo tratamiento.

Los sujetos del grupo tratamiento, tras el entrenamiento, parecen apreciar un ligero aumento significativo en su nivel de reacción negativa ante una situación estresante (Gráfico 22).

En contraste con la subescala anterior, comprobamos que en este grupo tratamiento el nivel de "Ansiedad facilitadora del rendimiento" es superior a la de "Ansiedad inhibidora del rendimiento", es decir, parece predominar una respuesta positiva frente a una determinada situación estresante.

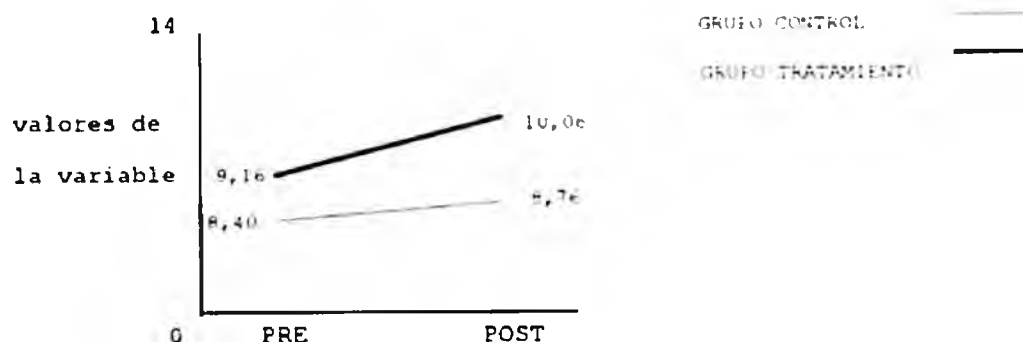


Gráfico 22: Medias intragrupales pre y post de la subescala Ansiedad Inhibidora del rendimiento en grupos control y tratamiento.

Por tanto, relacionando estas dos subescalas de ansiedad con la variable Clima Laboral señalamos que el supuesto predominio de una reacción positiva ante una situación estresante si lo unimos con su ambiente laboral puede resultar en la obtención de un buen rendimiento, teniendo en cuenta que el grupo tratamiento ha mejorado notablemente, sobre todo, en las dimensiones de Relaciones y Autorrealización.

- *Autoexigencia laboral*: en ambos grupos la diferencia de medias es ligeramente negativa y significativa.

Los sujetos de ambos grupos experimentales parecen no presentar una mejoría en la tendencia a superarse y evaluar positivamente su ambiente laboral y, consiguientemente, parece no haber influido la intervención (Gráfico 23).

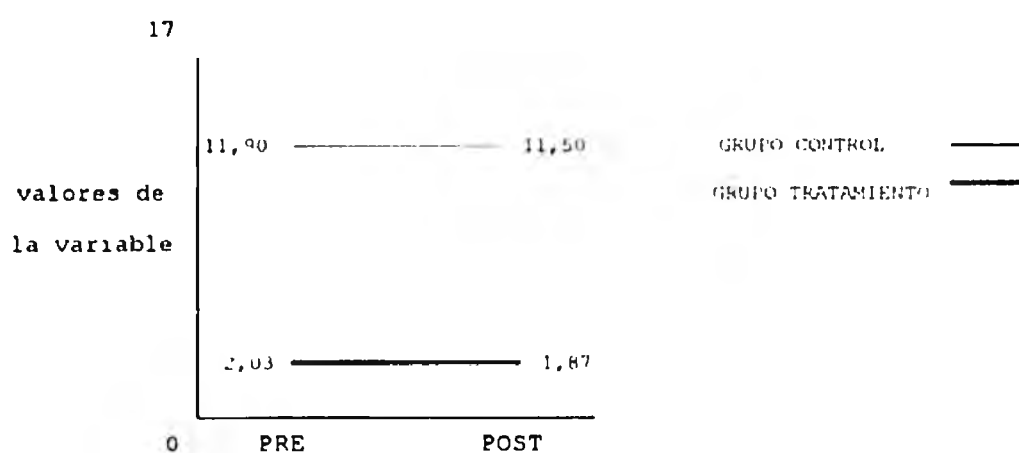


Gráfico 23: Medias intragrupal pre y post de la subescala Autoexigencia laboral en los grupos control y tratamiento.

- *Indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y laboral*: en ambos grupos la diferencia de medias es positiva pero, únicamente, en el grupo tratamiento es significativa.

Este grupo de sujetos, una vez sometidos al entrenamiento, manifiestan un descenso en el interés por su situación laboral en favor de su ambiente privado y situación personal (Gráfico 24).

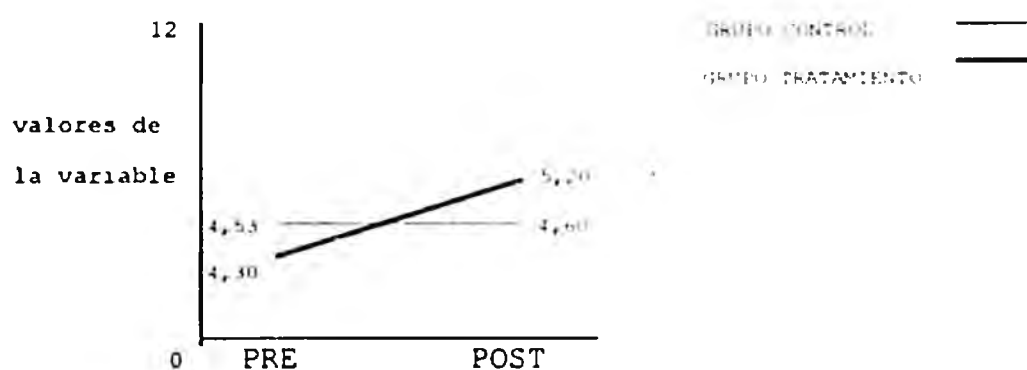


Gráfico 24: Medias intragrupal pre y post de la subescala Indiferencia Laboral y Separación entre mundo privado y laboral.

- Motivación positiva hacia la acción: en el grupo control la diferencia de medias es mínima y negativa, y es en el grupo tratamiento donde comprobamos una diferencia positiva y significativa (Gráfico 25).

Los sujetos del grupo tratamiento, tras el entrenamiento, mejoran su nivel de motivación positiva en relación al quehacer laboral. Esto parece que, ciertamente, puede favorecer un buen rendimiento.

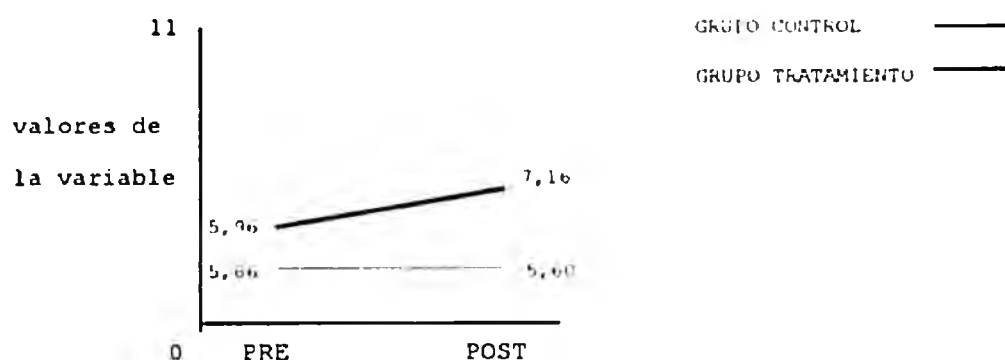


Gráfico 25: Medias intragrupal pre y post de la subescala Motivación positiva hacia la acción en los grupos control y tratamiento.

- *Tendencia a sobrecarga de trabajo:* mientras que en el grupo control las medias permanecen constantes, en el grupo tratamiento la diferencia es positiva y significativa.

Los pacientes, una vez sometidos al entrenamiento en relajación, parecen elevar la apreciación del volumen de su trabajo y colaboración interpersonal en relación al mismo (Gráfico 26).

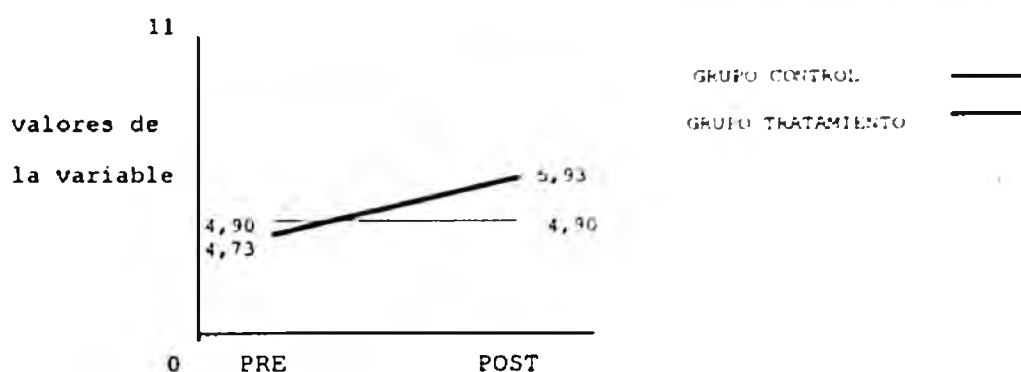


Gráfico 26: Medias intragrupales pre y post en la subescala Tendencia a la sobrecarga de trabajo en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, comprobamos una mejoría en el grupo tratamiento en relación a la variable Motivación de Ejecución y tras el entrenamiento correspondiente. Estos sujetos parecen manifestar un aumento de su motivación hacia la acción, a la vez que aprecian aspectos de su trabajo como la cantidad y calidad del mismo y sus compañeros; no obstante, la esfera personal de estos sujetos parece primar por encima de la propiamente laboral. Este punto lo podemos confirmar si volvemos sobre la dimensión Estabilidad/Cambio de la variable Clima Laboral donde la evolución, tras la intervención, es prácticamente nula; no ocurre lo mismo con las dimensiones Relaciones y Autorrealización.

Por otro lado, la mejoría en las subescalas de "Motivación positiva a la acción", "Tendencia a la sobrecarga de trabajo" y "Ansiedad facilitadora del rendimiento" de esta variable junto con la constatada en las dimensiones de Relaciones y Autorrealización de la variable Clima Laboral puede ser indicativo de una posible mejoría en el rendimiento laboral de estos pacientes (Pelechano, op.cit.).

La cuarta variable es la Ansiedad que consta de tres subescalas (ver Tabla 6.7 y 6.8):

- *Cognitivo*: en ambos grupos la diferencia de medias es significativa pero, mientras que en el grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, disminuye la media (diferencia negativa), en el grupo control aumenta.

Los pacientes sometidos al entrenamiento en relajación, tras el mismo, manifiestan un menor nivel ansiedad a nivel cognitivo, es decir, parecen descender los sentimientos y pensamientos específicos negativos hacia sí mismo (Gráfico 27).

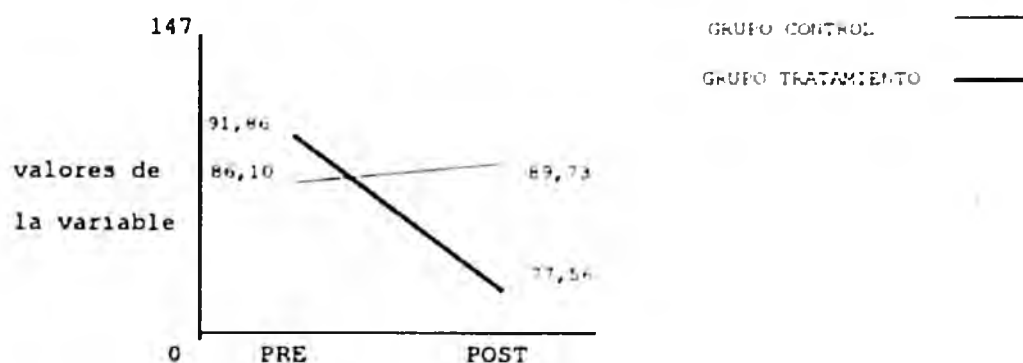


Gráfico 27: Medias intragrupal pre y post de la subescala Cognitivo en los grupos control y tratamiento.

- *Fisiológico*: en el grupo tratamiento la diferencia de medias es negativa y significativa, y, en el grupo control la diferencia no es significativa siendo positiva.

El grupo de pacientes sometidos al entrenamiento, tras el mismo, manifiesta una reducción de su nivel de activación del Sistema Nervioso (Gráfico 28).

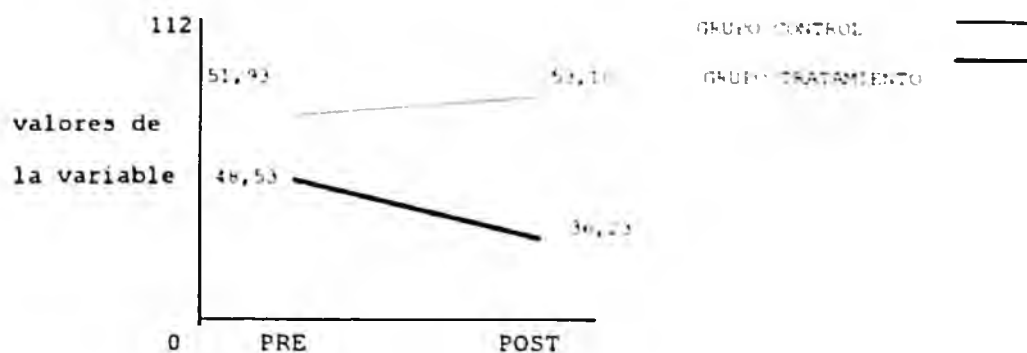


Gráfico 28: Medias intragrupal pre y post de la subescala Fisiológico en los grupos control y tratamiento.

- Motor: en el grupo tratamiento la diferencia de medias es negativa y significativa, no así en el grupo control que es positiva pero no significativa.

El grupo tratamiento, una vez sometido al entrenamiento en relajación, manifiesta una reducción en su agitación motora, fácilmente observable (Gráfico 29).

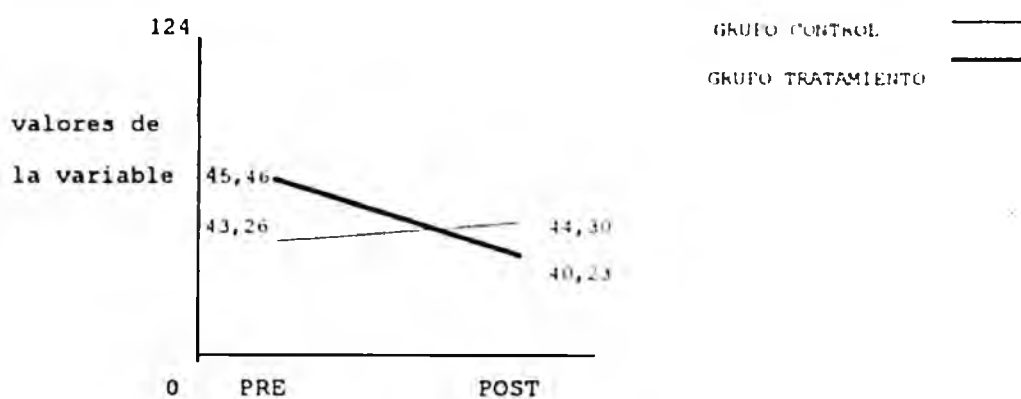


Gráfico 29: Medias intragrupalas pre y post de la subescala

Motor en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, el grupo tratamiento parece presentar una importante reducción de su ansiedad, sobre todo, en las subescalas "Cognitivo" y "Fisiológico", no siendo tan acusada en la "Motor". Incluso, estos datos relacionándolos con los de las dos subescalas de ansiedad

de la variable Motivación de Ejecución parecen, nuevamente, mostrarnos la primacía de la esfera personal en estos enfermos de Inflamatoria Intestinal; la atención de los mismos se dirige a su funcionamiento fisiológico y a los pensamientos y sentimientos que manejan en relación con los distintos ámbitos vitales (Lang, op.cit., 1968; Bellack y Lombardo, op.cit.).

La quinta variable es Temores que consta de doce situaciones (ver Tabla 6.9 y 6.10):

- Animales: mientras que existe diferencia negativa y significativa de medias en el grupo tratamiento, no así en el grupo control.

En el grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, comprobamos que parece descender el nivel de temor hacia los animales. Se mantiene constante en el grupo control (Gráfico 30).

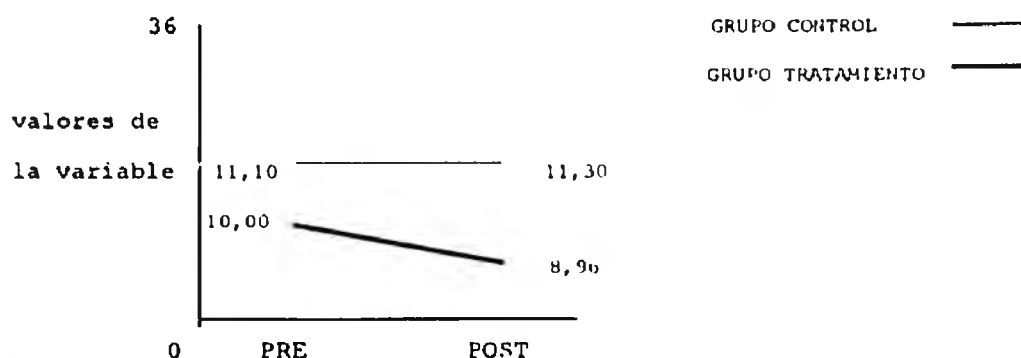


Gráfico 30: Medias intragrupalas pre y post de la subescala

Animales en los grupos control y tratamiento.

- *Fenómenos naturológicos*: existe diferencia negativa y significativa de medias en el grupo tratamiento, pero no en el grupo control.

Parece descender, tras el entrenamiento en relajación, el nivel de temor relacionado con fenómenos naturológicos como pueden ser las tormentas, aguas profundas, etcetera (Gráfico 31).

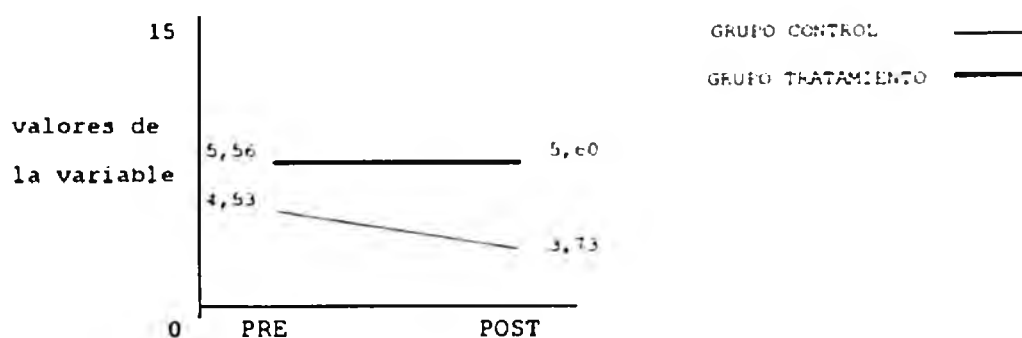


Gráfico 31: Medias intragrupales pre y post de la subescala Fenómenos
Naturológicos en los grupos control y tratamiento.

- *Daño físico:* existe diferencia negativa y significativa de medias en el grupo tratamiento, pero no en el grupo control (Gráfico 32).

En el grupo tratamiento, tras el entrenamiento, parece descender el temor hacia situaciones que ocasionen daño físico como puede ser ponerse una inyección. En el grupo control, no es significativo el ascenso.

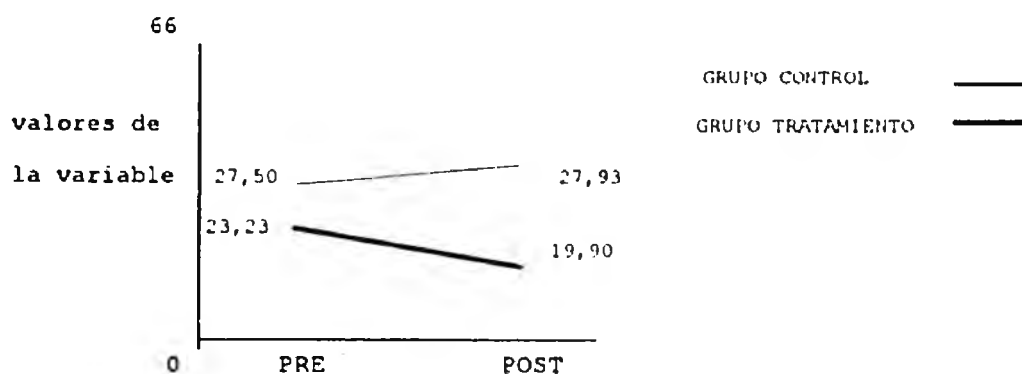


Gráfico 32: Medias intragrupal pre y post de la subescala Daño Físico en los grupos control y tratamiento.

- **Sangre:** en ambos grupo la diferencia de medias es significativa pero, en el grupo tratamiento es negativa y en el grupo control positiva.

Parece descender en el grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, el temor a la sangre y situaciones relacionadas con ella como un accidente, una herida abierta, etcetera (Gráfico 33).

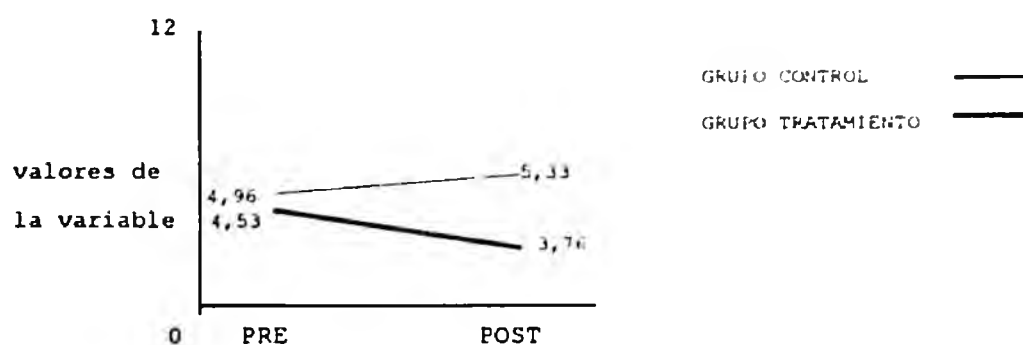


Gráfico 33: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Sangre en los grupos control y tratamiento.

- *Símbolos y ritos de muerte:* en el grupo tratamiento aparece diferencia negativa y significativa de medias, y en el grupo control ésta no es significativa.

En el grupo tratamiento parece descender el nivel de temor, tras el entrenamiento, hacia aquellos componentes y situaciones relacionadas con la muerte como los cementerios (Gráfico 34).

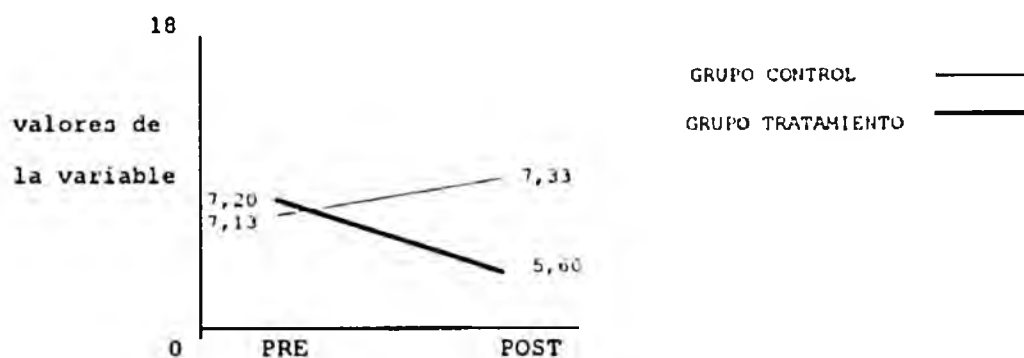


Gráfico 34: Medias intragrupal pre y post de la subescala Símbolos y ritos de muerte en los grupos control y tratamiento.

- Muerte o pérdida de seres queridos: la diferencia de medias, en el grupo tratamiento, es negativa y significativa, y en el grupo control no.

El grupo tratamiento parece manifestar menor temor, tras el entrenamiento, hacia el hecho o situación en la que aparecen personas familiares o no muertas o, simplemente, ausentes (Gráfico 35).

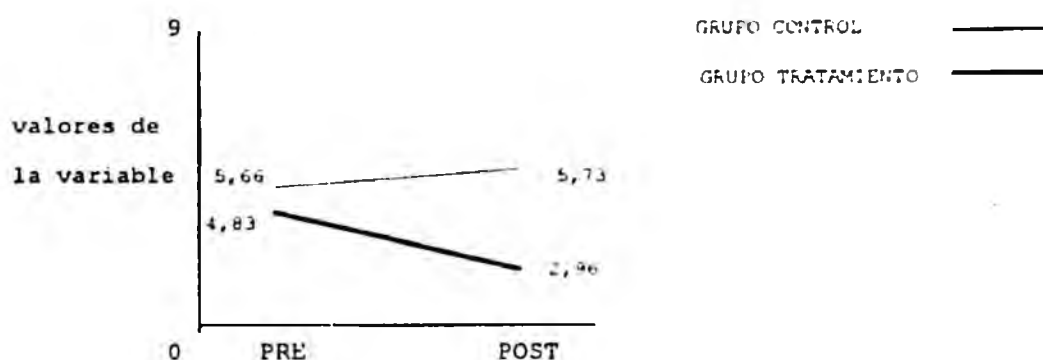


Gráfico 35: Medias intragrupal pre y post de la subescala Muerte o Pérdida de seres queridos en ambos grupos.

- *Fracaso y rechazo social:* en el grupo tratamiento la diferencia de medias es negativa y significativa, pero no así en el grupo control.

En el grupo tratamiento manifiestan, tras el entrenamiento, un descenso en el nivel de temor hacia aquellas situaciones en las que pueda ser rechazado por otras personas o que resulte en la no consecución de alguna meta propuesta (Gráfico 36).

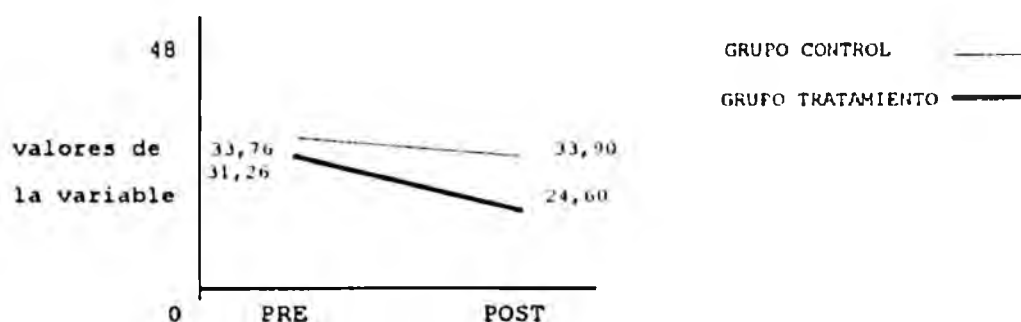


Gráfico 36: Medias intragrupalas pre y post de las subescalas Fracaso y Rechazo social en los grupos control y tratamiento.

- *Gente desconocida y muchedumbre*: en el grupo tratamiento la diferencia de medias es negativa y significativa, pero no así en el grupo control.

En el grupo tratamiento, los sujetos parecen manifestar, tras el entrenamiento, menor temor hacia situaciones en las que está presente gente desconocida o multitudes (Gráfico 37).

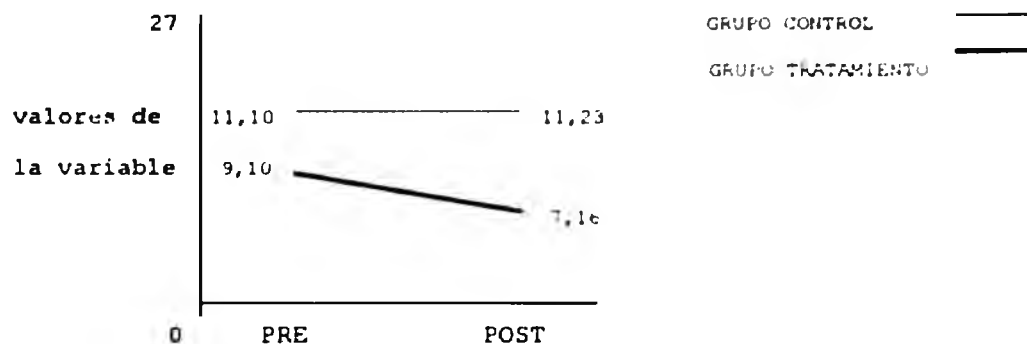


Gráfico 37: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Miedo a la gente desconocida o muchedumbre en ambos.

- *Violencia entre personas*: en ambos grupos la diferencia de medias es significativa pero, mientras que en el grupo tratamiento ésta es negativa, en el grupo control es positiva.

En el grupo tratamiento parece haberse reducido el nivel de temor, tras el entrenamiento en relajación, hacia aquellas situaciones en que se ejerza la violencia sean o no dirigidas a su propia persona o, incluso, objetos relacionados con la misma. En el grupo control parece aumentar este temor (Gráfico 38).

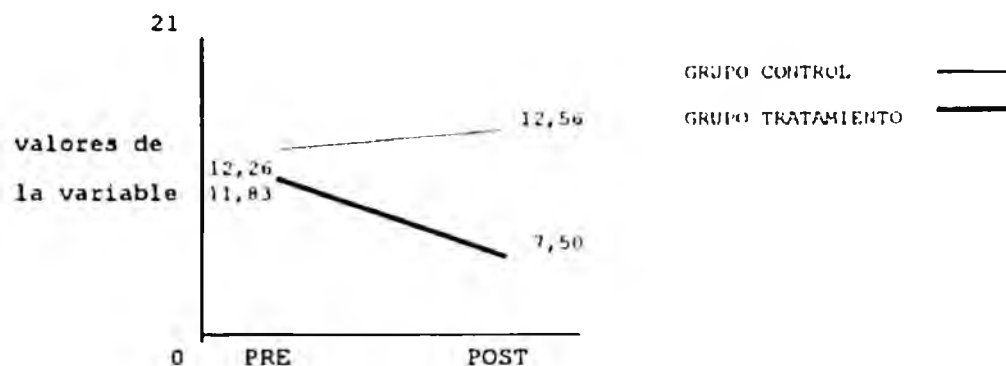


Gráfico 38: Medias intragrupales pre y post de la subescala Violencia entre las personas en los grupos control y tratamiento.

- *Claustrofobia*: en el grupo tratamiento la diferencia de medias es negativa y significativa, pero en el grupo control no.

En el grupo tratamiento para haberse reducido, tras el entrenamiento, el temor hacia aquellas situaciones en las que la persona pueda hallarse en zonas cerradas, es decir, limitadas físicamente como un ascensor (Gráfico 39).

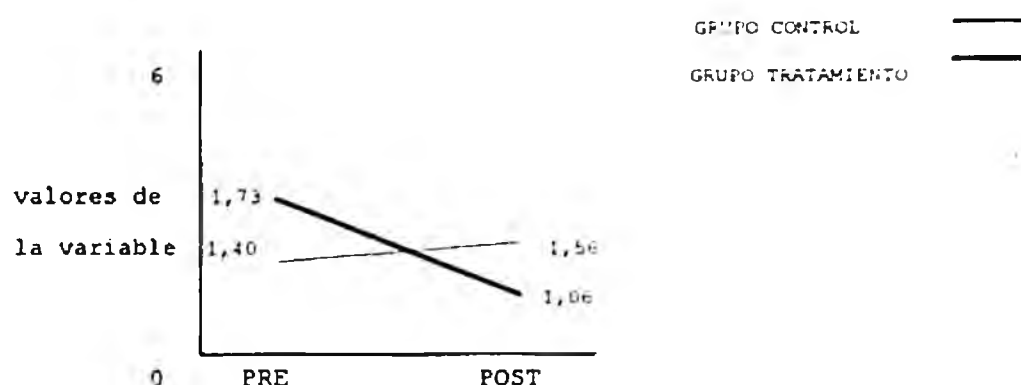


Gráfico 39: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Claustrofobia en los grupos control y tratamiento.

- *Miedo imaginativo*: la diferencia de medias en el grupo tratamiento es negativa y significativa, pero no así en el grupo control.

En el grupo tratamiento parece disminuir el temor, tras el entrenamiento, a personas, objetos o situaciones que conlleven o no acción pero que pueden suscitarle pensamientos o sentimientos negativos (Gráfico 40).

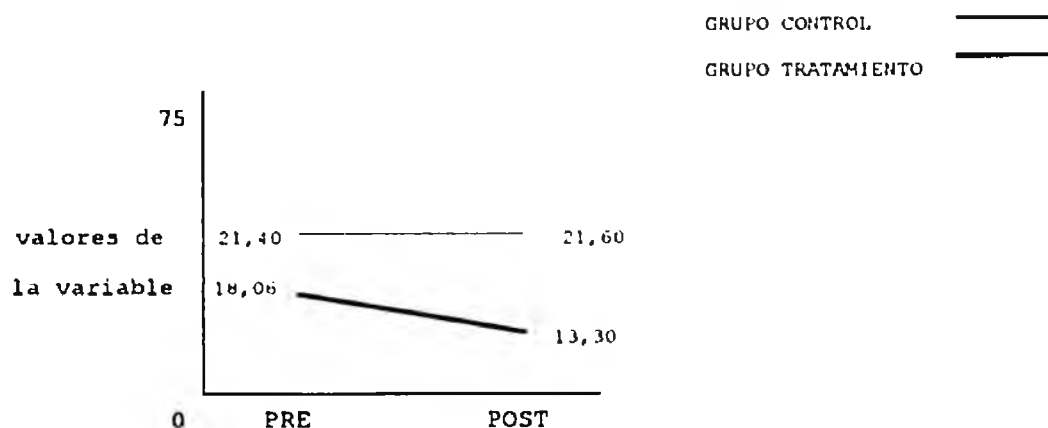


Gráfico 40: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Miedo imaginativo en los grupos control y tratamiento.

- Sexual: no es significativa la diferencia negativa de medias en el grupo tratamiento en cambio, en el grupo control, ésta es positiva además de significativa.

Mientras que en el grupo control parece aumentar el nivel de temor hacia situaciones relacionadas con la esfera sexual incluso con reacciones propiamente fisiológicas referidas a dicha esfera, en el grupo tratamiento el descenso no es acusado (Gráfico 41).

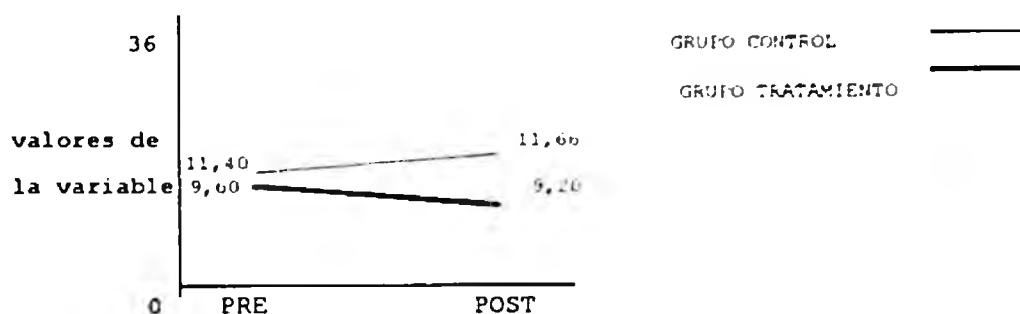


Gráfico 41: Medias intragrupalas pre y post de la subescala Sexual en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, el grupo tratamiento parece manifestar un menor temor, tras el entrenamiento en relajación, hacia las distintas situaciones salvo en la variable Sexual. Tal vez los descensos más acusados se dan en las situaciones de "Fracaso y rechazo social" y "Miedo imaginativo", en ambos casos, sin duda, aparece un importante componente cognitivo a la base de ese temor; este aspecto es contrastable y confirmable en los datos obtenidos en la dimensión "Cognitivo" de la variable Ansiedad. Y, en cuanto al grupo control, no manifiesta importantes variaciones en su temor, salvo algunos ascensos en las situaciones "Símbolos y ritos de muerte", "Muerte o pérdida de seres queridos" donde aparece un importante componente cognitivo. Por último, debemos señalar como extraño el dato de la situación "Sexual", tal

vez los pacientes no hayan entendido el sentido de los items o, simplemente, no hayan querido reflejar su propia vivencia.

La sexta variable es el Estado Analítico que consta de siete índices (ver Tablas 6.11 y 6.12):

- *Albúmina*: no existen diferencia de medias significativas en los dos grupos. Ambos aumentan las medias.

El grupo tratamiento consigue, al igual que el grupo control y tras el entrenamiento, aumentar el índice de Albúmina situándose por encima del límite de normalidad de 3,5 g/dl., pero no es significativo (Gráfico 42).

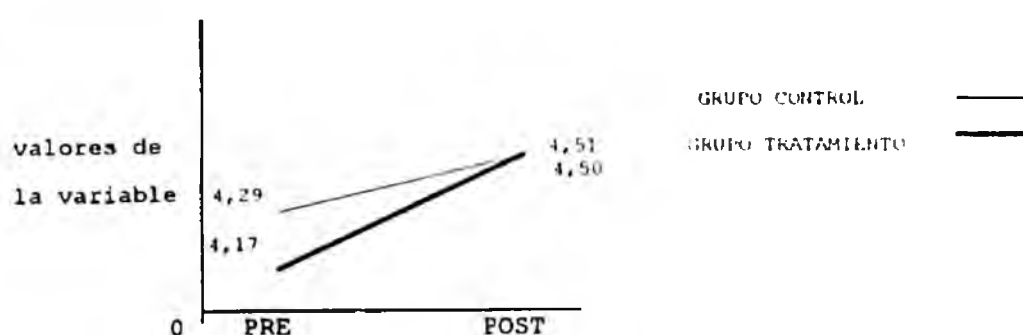


Gráfico 42: Medias intragrupalas pre y post del subíndice Albúmina en los grupos control y tratamiento.

- Alfa-1 Antitripsina: en ambos grupos aumentan las medias pero, únicamente, en el grupo control aparece una diferencia significativa.

Los dos grupos experimentales aumentan, en el segundo momento, el índice de Alfa-1 Antitripsina pero únicamente el dato del grupo control es significativo. No obstante, no superan el límite de normalidad de 320 mg./ dl. (Gráfico 43).

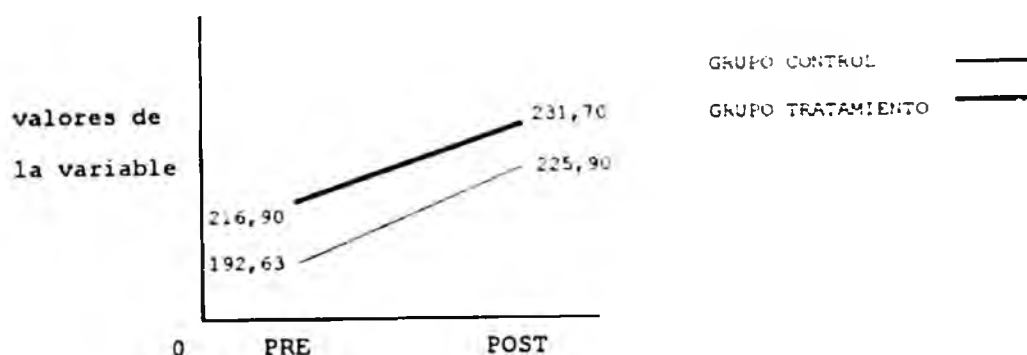


Gráfico 43: Medias intragrupales pre y post del subíndice Alfa-1 Antitripsina en los grupos control y tratamiento.

- Hierro: la diferencia positiva de medias existe, únicamente, en el grupo tratamiento pero no en el control.

Mientras el grupo tratamiento aumenta su nivel de Hierro, tras el entrenamiento en relajación, el grupo

control lo disminuye ligeramente. Ambos se sitúan por encima del límite de normalidad de 40 microg./dl. (Gráfico 44).

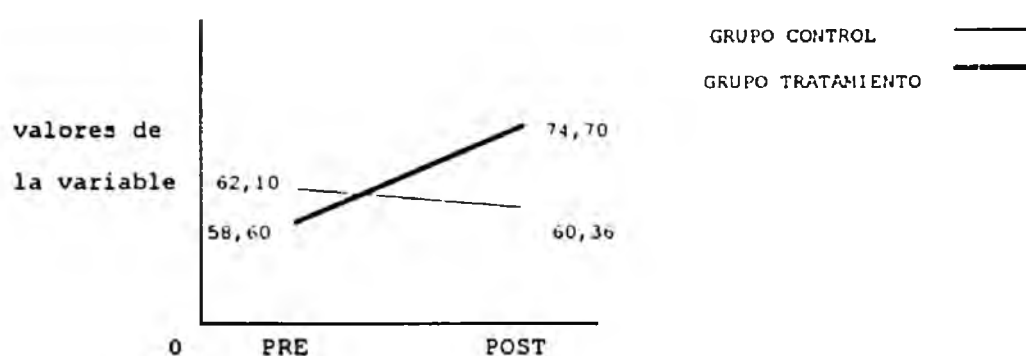


Gráfico 44: Medias intragrupales pre y post del subíndice
 Hierro en los grupos control y tratamiento.

- Leucocitos: la diferencia de medias es negativa en el grupo tratamiento y positiva en el control, pero en ningún caso es significativa.

El grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, sólo disminuye una centésima y, el grupo control aumenta 30. Ninguno de los dos es significativo y pero la tendencia adecuada debe ser a la baja (grupo tratamiento) y siempre por debajo de 10,8 1000/mm³. (Gráfico 45).

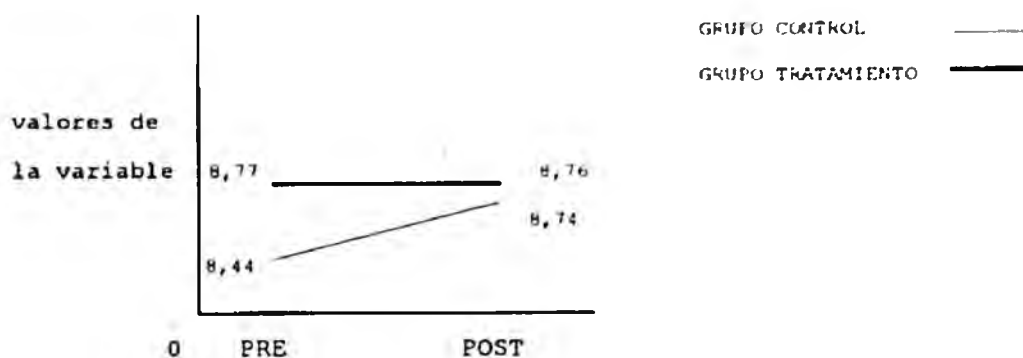


Gráfico 45: Medias intragrupalas pre y post del subíndice
Leucocitos en los grupos control y tratamiento.

- *Proteína C reactiva*: en ambos grupos la diferencia de medias es negativa pero sólo en el grupo tratamiento ésta es significativa.

El grupo tratamiento mejora sensiblemente, tras el entrenamiento en relajación, consiguiendo situarse por debajo del límite de normalidad de 8 mg./l. Lo mismo sucede con el grupo control pero no es significativo (Gráfico 46).

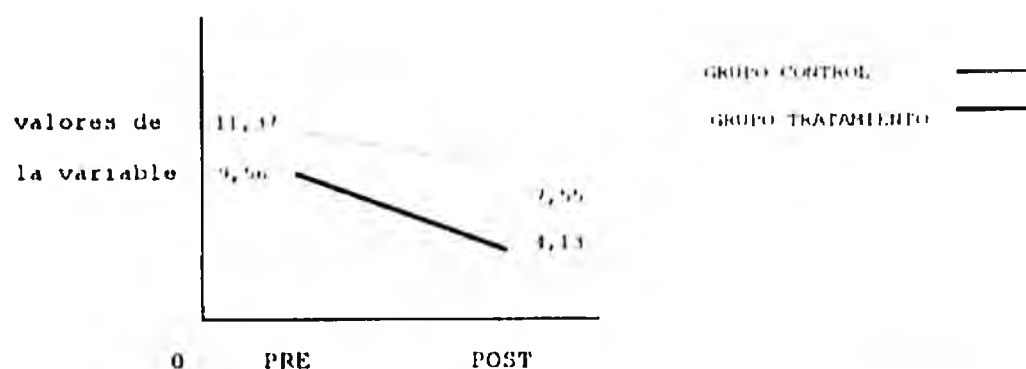


Gráfico 46: Medias intragrupales pre y post del subíndice Proteína

C reactiva en los grupos control y tratamiento.

- **Plaquetas:** mientras que en el grupo tratamiento la diferencia de medias es negativa, en el grupo control es positiva. En ambos casos, no es significativa.

El grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, consigue descender en el índice de Plaquetas, mientras que el grupo control consigue el efecto contrario. Ambos se sitúan por debajo del límite de normalidad de 450 1000/mm³. (Gráfico 47).

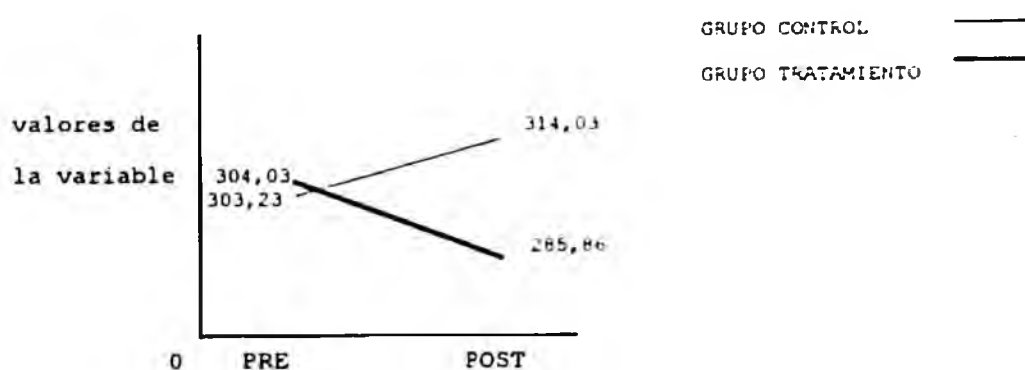


Gráfico 47: Medias intragrupalas pre y post del subíndice
Plaquetas en los grupos control y tratamiento.

- *Velocidad de Sedimentación Globular*: en ninguno de los dos grupos es significativa la diferencia de medias. Esta es negativa en el grupo tratamiento y positiva en el control.

El efecto de ambos grupos es contrario, siendo adecuado el descenso conseguido por el grupo control. No obstante, ninguno de los grupos supera el límite de normalidad de 20 mm./1ª hora (Gráfico 48).

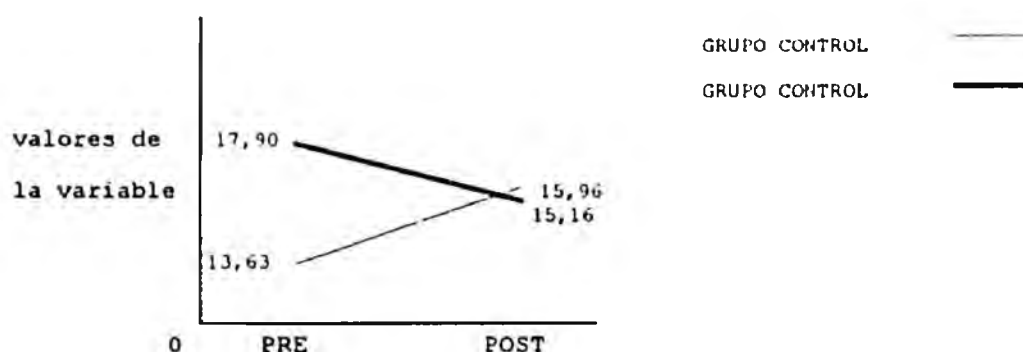


Gráfico 48: Medias intragrupal pre y post del subíndice Velocidad de Sedimentación Globular en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, el grupo tratamiento consigue mejorar su Estado Analítico en relación a los índices de Hierro y Proteína C reactiva, aunque en la mayoría de los casos se sitúa dentro de los límites de normalidad. En el caso del grupo control únicamente mejora en el índice de Alfa-1 Antitripsina, e incluso, consigue un efecto inadecuado en los índices de Hierro, Leucocitos y Plaquetas no siendo significativos. Por tanto, parece que podemos constatar una relación entre el entrenamiento en relajación y algunos de los índices del Estado Analítico de estos pacientes.

La séptima variable es la Prescripción de la Dosis de Fármacos (ver Tabla 6.13 y 6.14):

- **Salicilatos:** en el grupo tratamiento es significativa de la diferencia negativa de medias, pero no así en el grupo control que aumenta ligeramente.

Se le prescriben al grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, menores dosis de este tipo de fármaco incluso que en el caso del grupo control (Gráfico 49).

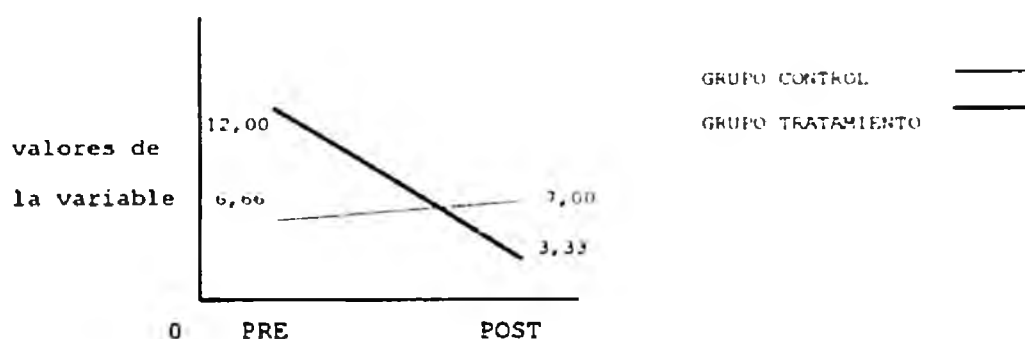


Gráfico 49: Medias intragrupal pre y post del subíndice Salicilatos en los grupos control y tratamiento.

- **Corticoides:** en el grupo tratamiento es significativa la diferencia negativa de medias, pero no así la diferencia positiva del grupo control.

Se le prescriben al grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, menores dosis de este tipo de

fármaco. En el grupo control esta prescripción aumenta notablemente (Gráfico 50).

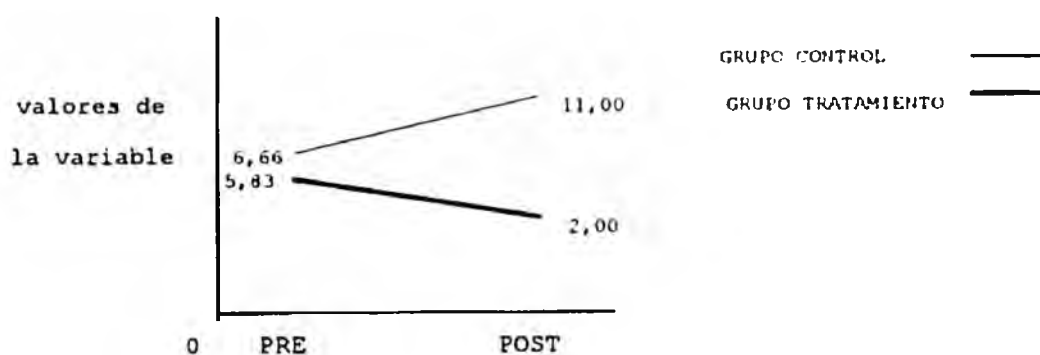


Gráfico 50: Medias intragrupalas pre y post del subíndice Corticoides en los grupos control y tratamiento.

- Salazopirina: en el grupo tratamiento no es significativa la diferencia negativa de medias, y en el grupo control no aparece ningún caso, por tanto, tampoco es significativa.

Se prescriben al grupo tratamiento menores dosis de este tipo de fármaco no siendo significativo; del mismo modo ocurre con el grupo control. A lo largo de esta investigación, los pacientes tuvieron importantes problemas para conseguir Salazopirina por lo que los médicos especialistas correspondientes optaron por otros

tipos de fármacos, de ahí parece ser que se deriva la no significatividad (Gráfico 51).

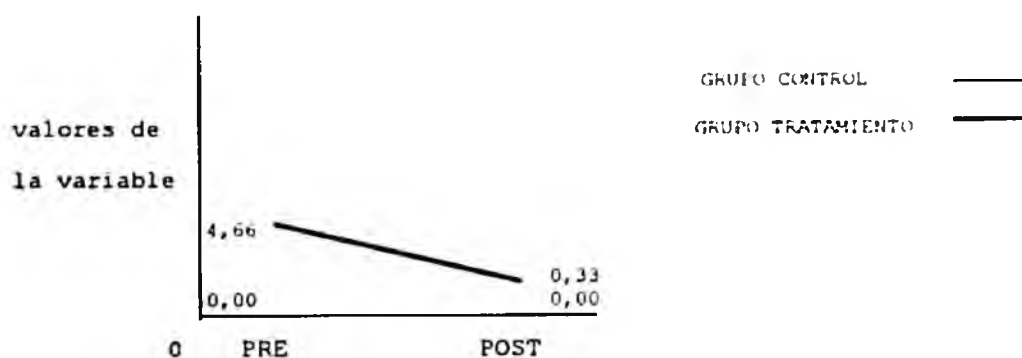


Gráfico 51: Medias intragrupales pre y post del subíndice

Salazopirina en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, en el grupo tratamiento se consigue reducir el número de dosis prescritas en relación a los Salicilatos y Corticoides. Los datos relativos a la Salazopirina, lógicamente, no son significativos. Incluso, en el grupo control parece constatar el efecto claramente contrario referido a los Corticoides.

- Análisis intergrupala

Esta interpretación a nivel intergrupala lo llevamos a cabo conforme a los datos obtenidos (medida postratamiento) en el análisis estadístico Anova One-way.

La primera variable es el Clima Familiar que consta de las siguientes subescalas (ver Tabla 5.1):

- *Cohesión*: se comprueba que, tras el entrenamiento en relajación, es significativa la diferencia de varianzas entre los grupos control y tratamiento. El grupo tratamiento presenta un mayor grado de ayuda y apoyo entre los miembros familiares que el control (Gráfico 52).

- *Expresividad*: la diferencia de varianzas entre los grupos, tras el entrenamiento en relajación, no es significativa aunque existe, a favor del grupo tratamiento, una evidente diferencia en las medias relativas a la expresión directa de sus sentimientos (Gráfico 52).

- **Conflicto:** existe diferencia significativa entre los grupos en relación a sus varianzas. La media del grupo control referida a la expresividad de la agresividad entre los miembros familiares es superior a la del tratamiento (Gráfico 52).

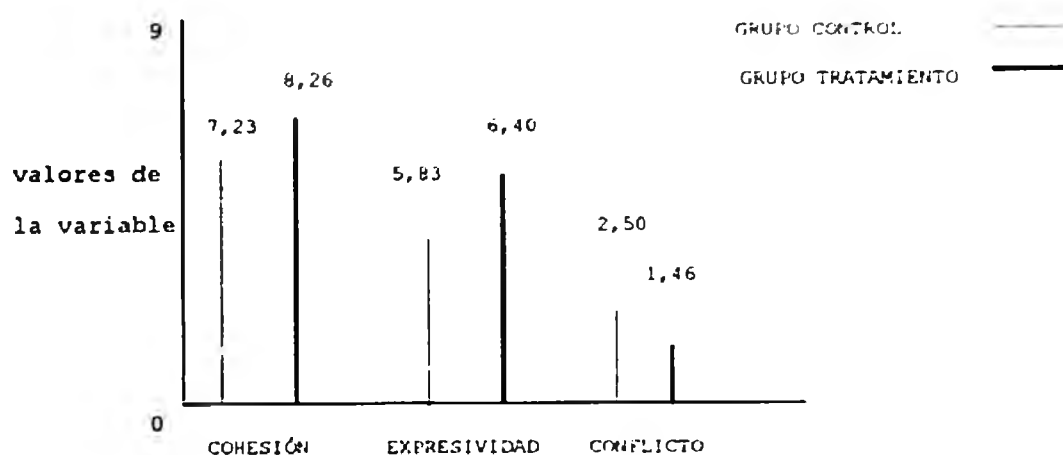


Gráfico 52: Medias post en la dimensión Relaciones de la variable Clima Familiar en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, 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.

- *Autonomía*: existe diferencia significativa entre las varianzas de los dos grupos. El grupo tratamiento respecto al de control parece presentar un nivel superior de seguridad personal siendo capaces de tomar decisiones propias (Gráfico 53).

- *Actuación*: existe diferencia significativa entre las varianzas de los dos grupos. Los sujetos del grupo tratamiento parecen lograr un destacado aumento en el grado de actuación orientado a la acción que los del control (Gráfico 53).

- *Intelectual-cultural*: no existe diferencia significativa entre las varianzas de los grupos control y tratamiento referido al interés por aquellas acontecimientos, principalmente, de orden sociocultural (Gráfico 53).

- *Social-recreativo*: existe diferencia significativa, tras el entrenamiento en relajación, entre las varianzas de los grupos. El grupo tratamiento presenta un grado superior de

participación en actividades de ocio y tiempo que el grupo control (Gráfico 53).

- *Moralidad-religiosidad:* no existe diferencia significativa entre las varianzas de los grupos control y tratamiento en relación a la importancia y significación de valores ético-religiosos en el ámbito familiar (Gráfico 53).

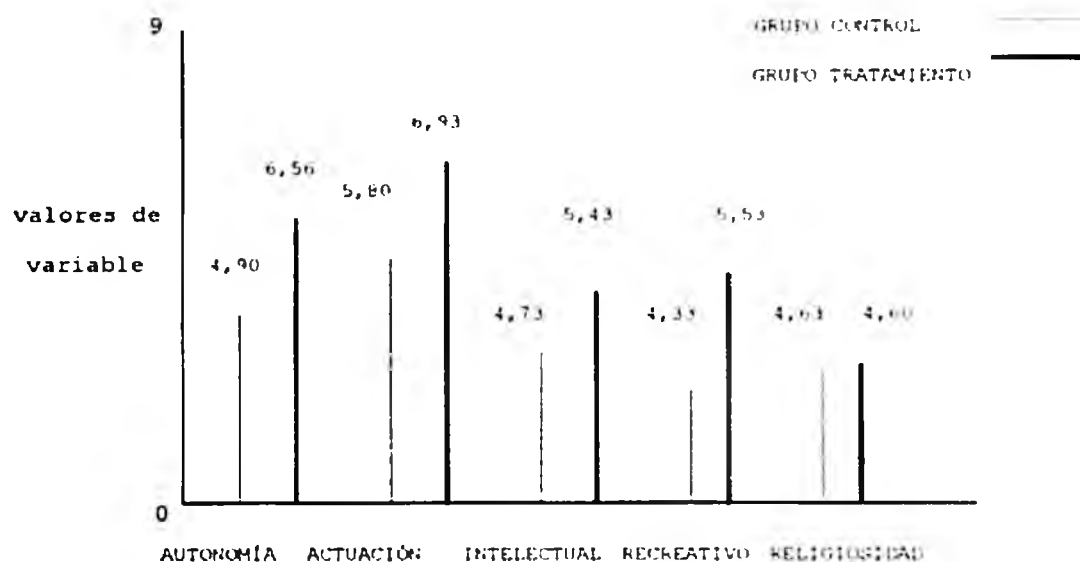


Gráfico 53: Medias post en la dimensión Desarrollo de la variable Clima Familiar en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, en la dimensión Desarrollo de la variable Clima Familiar el grupo tratamiento parece superar al control en lo que concierne a la seguridad en

sí mismo, la orientación a la competitiva 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, el entrenamiento en relajación no parece influir decisivamente en estos aspectos.

- *Organización*: no existe diferencia significativa entre las varianzas de ambos grupos relativo a la planificación y organización de actividades junto con las responsabilidades familiares correspondientes (Gráfico 54).

- *Control*: existe diferencia significativa entre las varianzas de los grupos. El grupo tratamiento parece presentar un mayor nivel de atención y disposición hacia un funcionamiento reglado en el propio ámbito familiar que el grupo control (Gráfico 54).

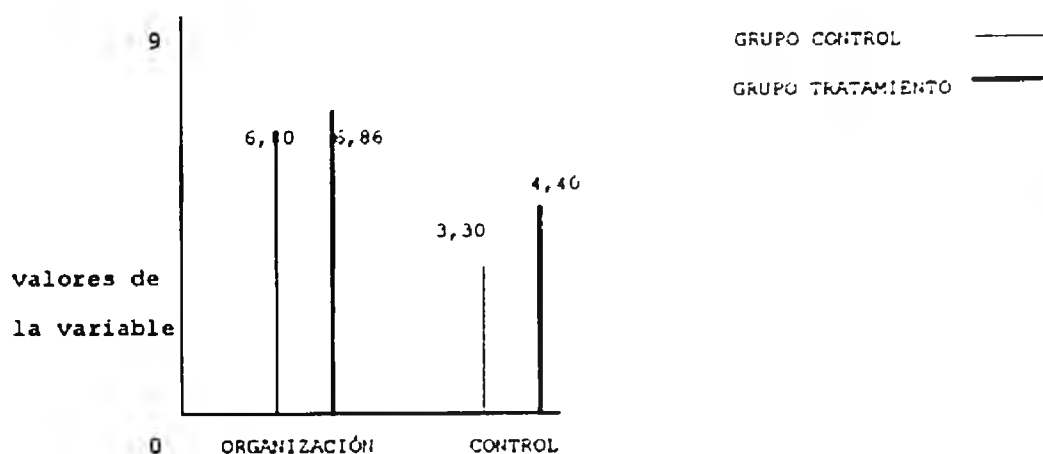


Gráfico 54: Medias post en la dimensión Estabilidad de la variable

Clima Familiar en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, en la dimensión Estabilidad de la variable Clima Familiar el grupo tratamiento parece reflejar, únicamente, un mayor grado de control intrafamiliar que el grupo control pero, no existe diferencia significativa en lo que se refiere a la estructura y organización.

En definitiva, a pesar de que en todos los casos en que hay diferencia significativa ésta parece ser a favor del grupo tratamiento, aparecen subescalas como "Expresividad", "Intelectual-cultural", "Moralidad-religiosidad" y "Organización" que no cuentan con diferencias significativas, es decir, que el entrenamiento

en relajación parece no haber ocasionado diferencias entre ambos grupos.

La segunda variable es el Clima Laboral que consta de las siguientes subescalas (ver Tabla 5.2):

- *Implicación*: existe diferencia significativa entre las varianzas de ambos grupos. El grupo tratamiento parece presentar un mayor nivel de preocupación por la actividad laboral que el grupo control (Gráfico 55).

- *Cohesión*: es significativa la diferencia de las varianzas de los dos grupos. El nivel de ayuda y amabilidad entre los compañeros de trabajo es superior en el grupo tratamiento respecto del control (Gráfico 55).

- *Apoyo*: la diferencia entre las varianzas de los grupos control y tratamiento no es significativa en relación al nivel de animación que pueden sentir por parte de sus jefes para lograr un mejor clima laboral (Gráfico 55).

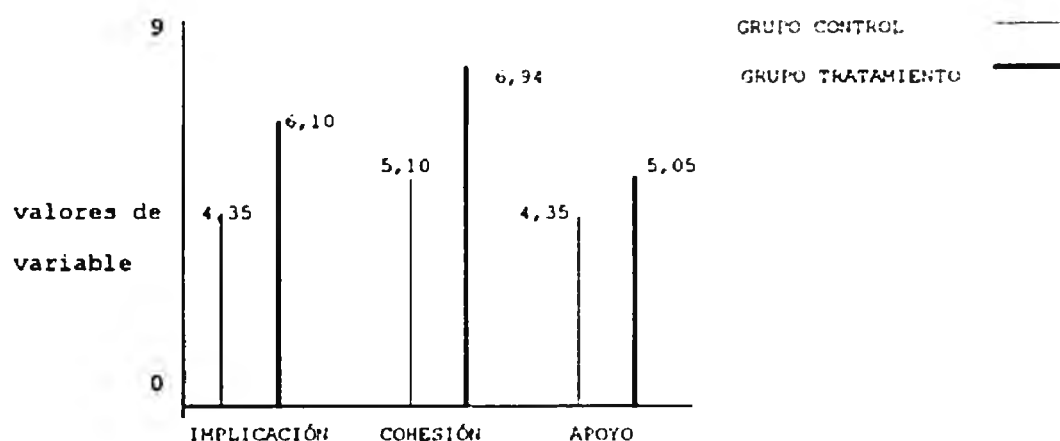


Gráfico 55: Medias post en la dimensión Relaciones de la variable

Clima Laboral en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, el entrenamiento en relajación parece haber influido positivamente en el grupo tratamiento respecto al interés y colaboración entre los compañeros de trabajo con respecto a la dimensión Relaciones de la variable Clima Laboral.

- *Autonomía:* no es significativa la diferencia entre las varianzas de los grupos experimentales en relación al nivel de apoyo de los jefes para la adopción de iniciativas propias (Gráfico 56).

- *Organización:* la diferencia entre las varianzas de ambos grupos es significativa. Los sujetos sometidos al

entrenamiento en relajación superan en el grado de planificación y eficiencia laboral al grupo control (Gráfico 56).

- Presión: no existe diferencia significativa entre las varianzas de los grupos control y tratamiento en relación al grado de presión y urgencia a la que pueden ser sometidos en su ambiente laboral (Gráfico 56).

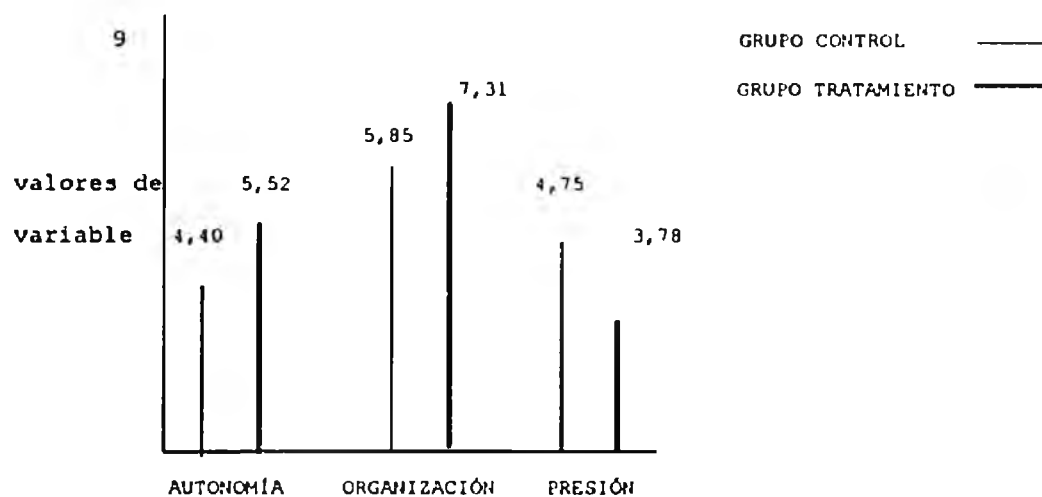


Gráfico 56: Medias post en la dimensión Autorrealización de la Variable Clima Laboral en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, el grupo tratamiento, únicamente, presenta diferencia significativa con el control en la subescala "organización" de la dimensión Autorrealización en la variable Clima Laboral.

- *Claridad*: no existe diferencia significativa entre las varianzas de ambos grupos en relación al grado de conocimiento de las expectativas de los jefes sobre las tareas diarias (Gráfico 57).
- *Control*: no existe diferencia significativa entre las varianzas de ambos grupos en relación al grado en que los jefes puedan utilizar la reglamentación con el fin de controlarles (Gráfico 57).
- *Innovación*: la diferencia entre las varianzas de ambos grupos experimentales no es significativa en relación al grado de variación que pueda existir en su trabajo (Gráfico 57).
- *Comodidad*: existe diferencia significativa entre las varianzas de ambos grupos. Es el grupo tratamiento quien supera al control en el grado de consideración al ambiente físico como proporcionador de un ambiente laboral agradable (Gráfico 57).

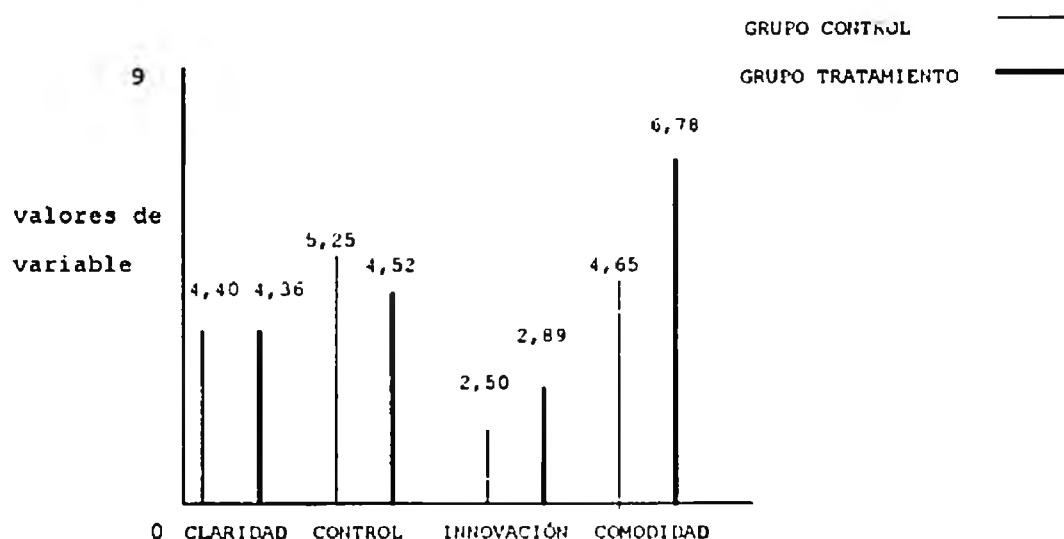


Gráfico 57: Medias post en la dimensión Estabilidad/Cambio de la variable
Clima Laboral en los grupos control y tratamiento.

Por tanto, únicamente la subescala "Comodidad" en la dimensión Estabilidad/Cambio de la variable Clima Laboral resulta ser significativa y se inclina a favor del grupo tratamiento. El resto de subescalas se presentan como no significativas.

En definitiva, la mayoría de las subescalas de la variable Clima Laboral no discrimina entre los sujetos sometidos y no sometidos al entrenamiento en relajación.

La tercera variable es la Motivación de Ejecución que consta de las siguientes subescalas (ver Tabla 5.3):

- *Ansiedad facilitadora del rendimiento:* no es significativa la diferencia entre las varianzas de los grupos control y tratamiento en relación al nivel de respuesta positiva al estrés psicológico en una determinada situación (Gráfico 58).

- *Ansiedad inhibidora del rendimiento:* no es significativa la diferencia entre las varianzas de ambos grupos en relación al nivel de reacción negativa ante una situación estresante (Gráfico 58).

Por tanto, comprobamos como el entrenamiento en relajación no parece haber influido en los distintos niveles de ansiedad respecto al rendimiento. Incluso, podemos constatar y confirmar esta misma falta de significatividad en la mayoría de las subescalas de la variable Clima Laboral.

- *Autoexigencia laboral:* la diferencia entre las varianzas de los grupos es significativa. El grupo tratamiento parecen presentar una mayor tendencia a superarse y evaluar positivamente su ambiente laboral (Gráfico 58).

- *Indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y laboral:* no existe diferencia significativa entre las varianzas de ambos grupos en relación al interés por el ambiente laboral y la situación personal (Gráfico 58).

- *Motivación positiva hacia la acción:* la diferencia entre las varianzas de los grupos experimentales es significativa. El grupo tratamiento parece mejorar su nivel de motivación positiva relativa al quehacer laboral respecto al grupo control (Gráfico 58).

- *Tendencia a sobrecarga de trabajo:* no es significativa la diferencia de varianzas entre los grupos tratamiento y control en relación al nivel de apreciación sobre aspectos como el volumen de trabajo y la colaboración interpersonal en el mismo (Gráfico 58).

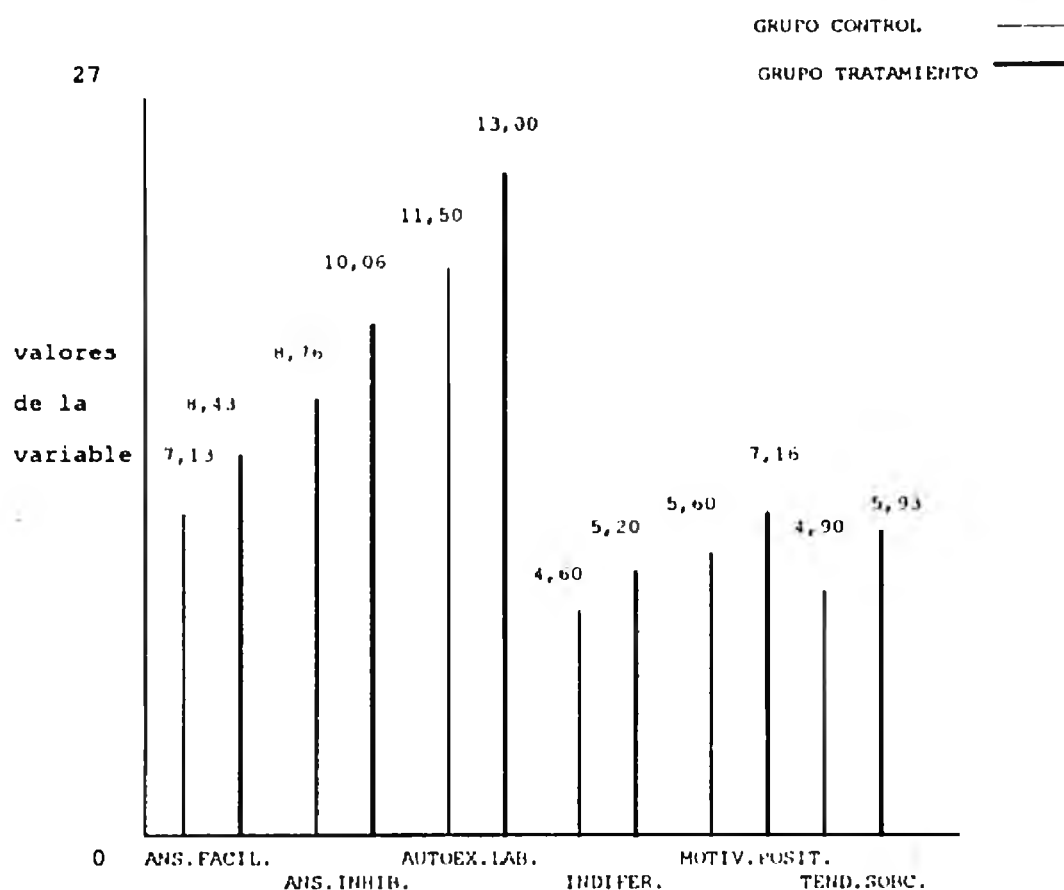


Gráfico 58: Medias post de la variable *Motivación de Ejecución* en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, los sujetos sometidos al entrenamiento en relajación parecen mejorar en lo relativo a la motivación positiva a la acción y a la apreciación de su trabajo (Pelechano, op.cit.).

La cuarta variable es la *Ansiedad* que consta de las siguientes subescalas (ver Tabla 5.4):

- *Cognitivo*: la diferencia de varianzas entre los grupos control y tratamiento no es significativa en lo relativo a la expresión de sentimientos y pensamiento específicos de carácter negativo hacia sí mismo (Gráfico 59).

- *Fisiológico*: es significativa la diferencia de varianzas entre ambos grupos. El grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, parece manifestar un descenso en su nivel de activación del Sistema Nervioso (Gráfico 59).

- *Cognitivo*: no es significativa la diferencia de varianzas entre los dos grupos experimentales en relación al nivel de agitación motora (Gráfico 59).

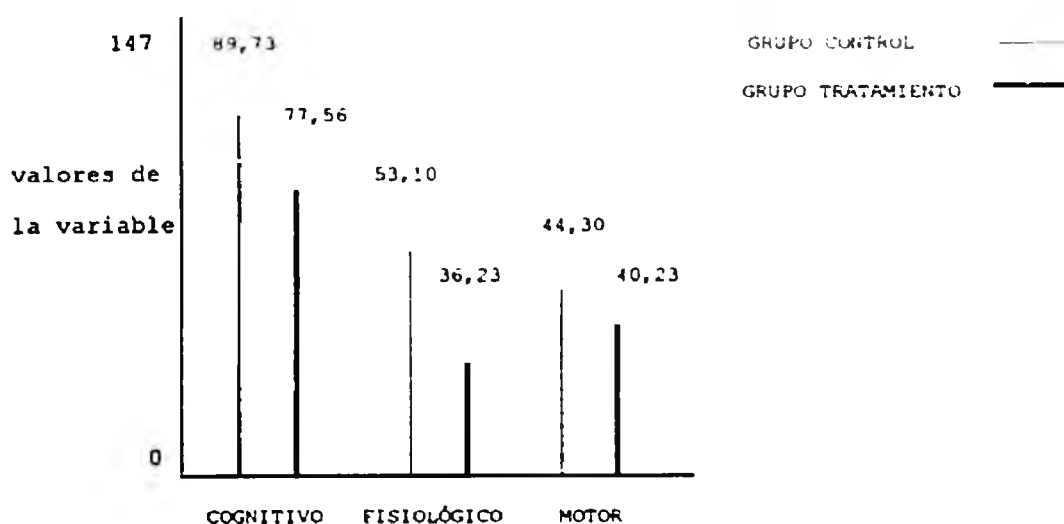


Gráfico 59: Medias post de la variable Ansiedad
en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, 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, las subescalas de ansiedad de la variable Motivación de Ejecución puedan establecer una cierta relación con los niveles cognitivo y motor, de ahí que por ambas partes el resultado haya sido no significativo (Bellack y Lombardo, op.cit.).

La quinta variable es Temores que consta de las siguientes situaciones (ver Tabla 5.5):

- *Animales*: no es significativa la diferencia de varianzas entre los dos grupos experimentales en relación al temor a los animales independientemente de ciertas cualidades como el tamaño, la peligrosidad (Gráfico 60).
- *Fenómenos naturológicos*: la diferencia entre las varianzas de ambos grupos es significativa. El grupo tratamiento respecto al control presenta un descenso en el nivel de temor dirigido a fenómenos naturológicos como truenos, relámpagos (Gráfico 60).

- *Daño físico*: la diferencia entre las varianzas de los grupos es significativa. El temor hacia situaciones que ocasionan daño físico como puede ser una operación quirúrgica parece descender en el grupo tratamiento respecto al control (Gráfico 60).

- *Sangre*: no es significativa la diferencia de las varianzas de los grupos control y tratamiento en relación al temor a la sangre y aquellas situaciones que puedan estar relacionadas con ella como puede ser un accidente (Gráfico 60).

- *Símbolos y ritos de muerte*: no es significativa la diferencia de las varianzas de ambos grupos respecto al temor hacia aquellos aspectos o/y situaciones relacionadas con la muerte como pueden ser los cementerios (Gráfico 60).

- *Muerte o pérdida de seres queridos*: la diferencia de las varianzas de los grupos es significativa. El grupo tratamiento manifiesta, en comparación con el control, un menor temor hacia hechos o situaciones en las que se encuentran personas muertas o, simplemente, ausentes (Gráfico 60).

- *Fracaso y rechazo social*: es significativa la diferencia de las varianzas de ambos grupos. El grupo tratamiento presenta menor temor que el control en lo que se refiere a situaciones en las que el sujeto puede ser rechazado por otras personas o que resulta en la no consecución de metas propuestas (Gráfico 60).

- *Gente desconocida y muchedumbre*: la diferencia de las varianzas de ambos grupos es significativa. El grupo tratamiento presenta, en comparación con el grupo control, un menor grado de temor hacia aquellas situaciones en las que está presente gente desconocida o multitudes (Gráfico 60).

- *Violencia entre personas*: la diferencia de las varianzas de ambos grupos es significativa. El grupo tratamiento presenta, en comparación con el grupo control, menor grado de temor hacia aquellas situaciones en que se pueda ejercer la violencia a su persona u otras (Gráfico 60).

- *Claustrofobia*: no existe diferencia significativa entre las varianzas de ambos grupos en relación al temor dirigido hacia situaciones en las que la persona pueda

hallarse en lugares cerradas como es el caso de un ascensor (Gráfico 60).

- *Miedo imaginativo*: es significativa la diferencia de las varianzas de ambos grupos experimentales. El grupo tratamiento presenta, en comparación con el control, menor grado de temor hacia aquellos objetos o situaciones que conlleven o no acción pero que pueden suscitarle pensamientos o sentimientos negativos (Gráfico 60).

- *Sexual*: la diferencia entre las varianzas de los grupos no es significativa respecto al temor hacia situaciones relacionadas con la esfera sexual incluso aquellas reacciones propiamente fisiológicas referidas a la misma (Gráfico 60).

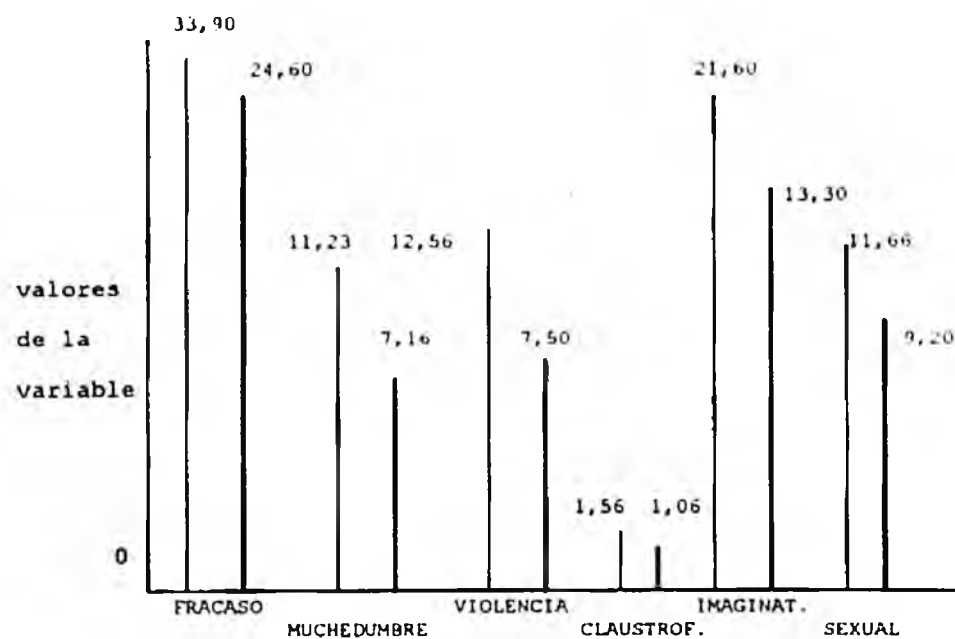
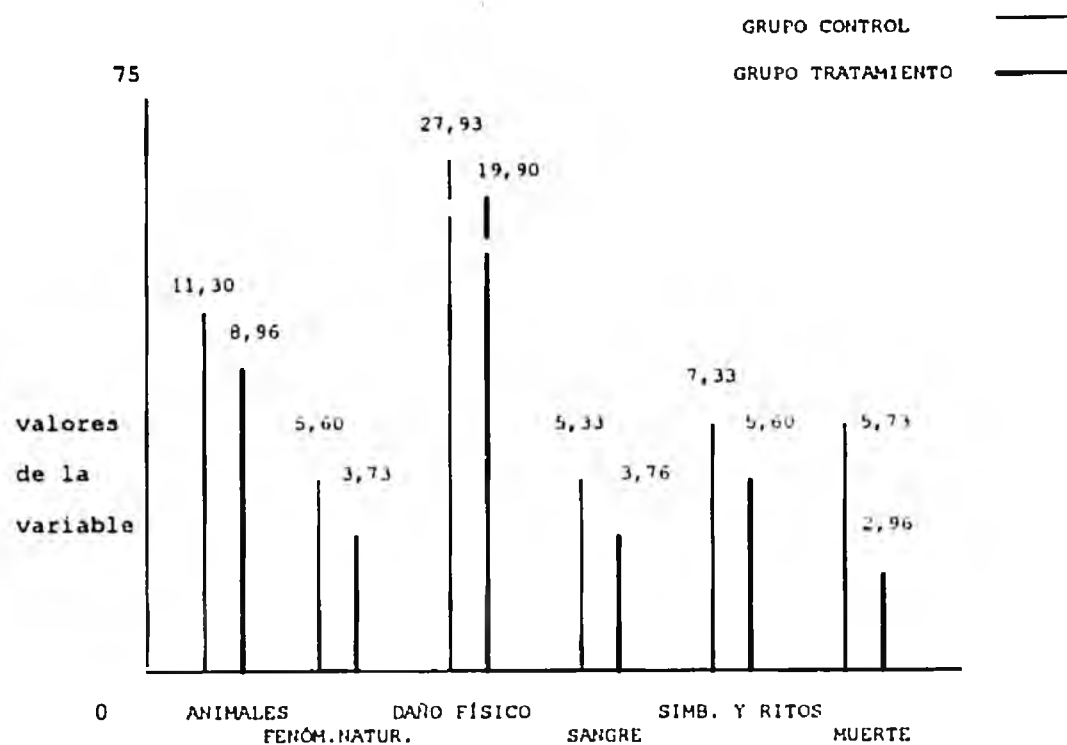


Gráfico 60: Medias post de la variable Temores
en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, el grupo tratamiento parece manifestar un menor grado de temor que el grupo control, tras el, entrenamiento en relajación, en lo que se refiere a fenómenos naturclógicos, daño físico, muerte, fracaso, gente desconocida, violencia entre personas y creaciones mentales. En esta variable se entremezcla el descenso o no del temor hacia situaciones caracterizadas por aspectos propiamente fisiológicos y cognitivos, por tanto, no podemos relacionarlo con los resultados obtenidos en la variable Ansiedad.

La sexta variable es el Estado Analítico que consta de los siguientes índices (ver Tabla 5.6):

- *Albúmina*: no es significativa la diferencia de las varianzas de los grupos control y tratamiento. Ambos presentan un nivel de Albúmina por encima del límite de normalidad de 3,5 g/dl. (Gráfico 61).

- *Alfa-1 Antitripsina*: no es significativa la diferencia entre las varianzas de ambos grupos experimentales. Presentan un nivel que se sitúa por debajo del límite de normalidad de 320 mg./dl. (Gráfico 61).

- *Hierro*: la diferencia entre las varianzas de ambos grupos es significativa siendo el grupo tratamiento el que cuenta con la media más alta de Hierro situándose por encima del límite de normalidad 40 microg/dl. (Gráfico 61)
- *Leucocitos*: no es significativa la diferencia entre las varianzas de ambos grupos. Presentan un nivel que se sitúa por debajo del límite de normalidad de 10,8 1000/mm³. (Gráfico 61).
- *Proteína C reactiva*: no es significativa la diferencia entre las varianzas de ambos grupos. Presentan un nivel que se sitúa por debajo del límite de normalidad de 8 mg./l. (Gráfico 61).
- *Plaquetas*: no es significativa la diferencia entre las varianzas de ambos grupos. Presentan un nivel que se sitúa por debajo del límite de normalidad de 450 1000/mm³. (Gráfico 61).
- *Velocidad de Sedimentación Globular*: no es significativa la diferencia entre las varianzas de los dos grupos experimentales (Gráfico 61).

Los efectos del entrenamiento
en relajación en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

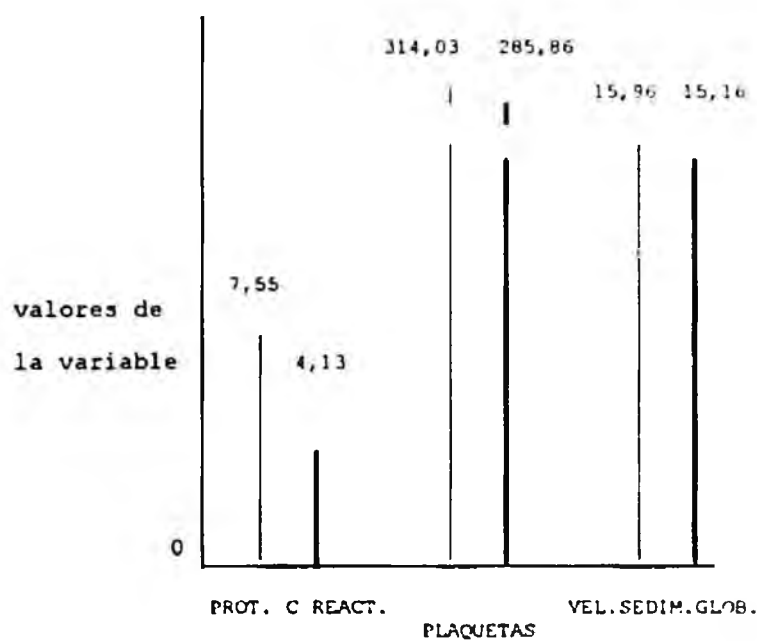
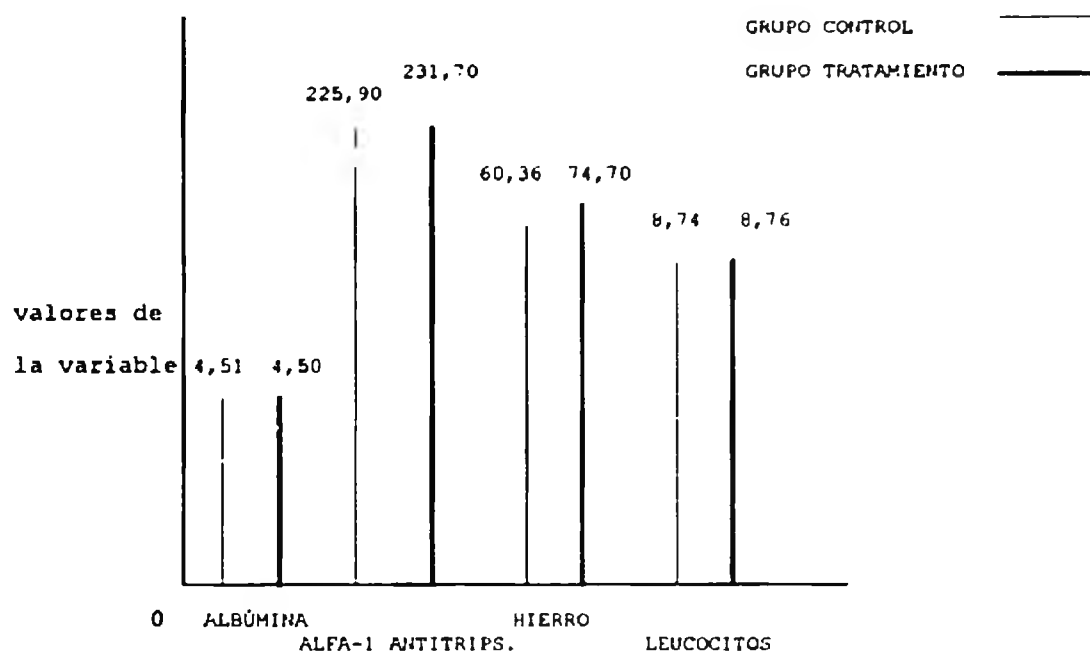


Gráfico 61 : Medias post de la variable Estado Analítico
 en los grupos control y tratamiento.

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

La séptima variable es la Prescripción de la Dosis de Fármacos (ver Tabla 5.7):

- *Salicilatos*: la diferencia entre las varianzas de los grupos control y tratamiento no es significativa. El grupo tratamiento en comparación con el control presenta, tras el entrenamiento en relajación, un descenso en la prescripción de la dosis de este tipo de fármaco pero no es significativa (Gráfico 62).

- *Corticoides*: es significativa la diferencia entre las varianzas de ambos grupos. El descenso en la prescripción de la dosis de este tipo de fármaco en el grupo tratamiento, tras el entrenamiento, es significativo respecto al grupo control (Gráfico 62).

- Salazopirina: no es significativa la diferencia entre las varianzas de la prescripción de las dosis de este tipo de fármacos de ambos grupos experimentales (Gráfico 62).

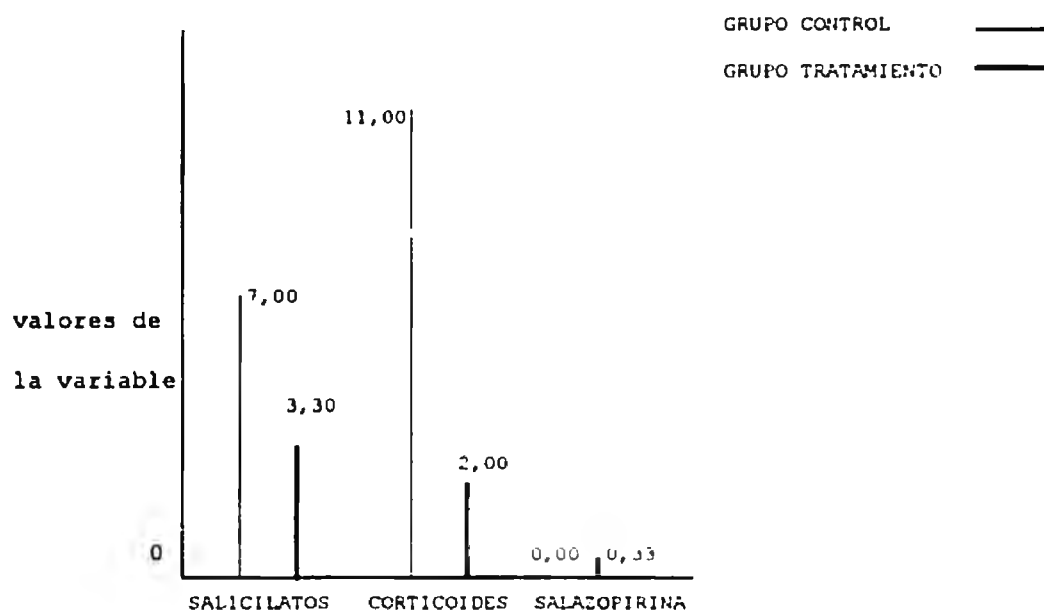


Gráfico 62: Medias post de la variable Prescripción de la Dosis
de Fármacos en los grupos control y tratamiento.

En definitiva, la única significatividad que constatamos en la variable Prescripción de la dosis de fármacos se puede justificar teniendo en cuenta que el número de casos prescritos para la Salazopirina es mínimo y para los Salicilatos es escaso. El corticoides ha sido

el fármaco más prescrito y, a tenor de los resultados, podemos señalar que el entrenamiento en relajación puede haber repercutido en dicha prescripción de su dosis.

Por último, y en resumen, podemos indicar que, teniendo presentes los datos tanto intragrupales como intergrupales, comprobamos que son las variables de Motivación de Ejecución, Ansiedad y Temores donde aparecen mayores diferencias entre los dos tipos de análisis. Por un lado, aparecen en la mayoría de las subescalas de las distintas variables diferencias significativas, entre el antes y después del entrenamiento en relajación, favorables al grupo tratamiento (análisis intragrupal) y, por otro lado, esas diferencias en cuanto al número de subescalas son menores al comparar este grupo tratamiento con el control (análisis intergrupar).

En definitiva, estos resultados parecen apuntarnos la conveniencia de aplicar o añadir otras técnicas que ayuden a mejorar más a estos pacientes de Inflamatoria Intestinal.

6.4.2.- Conclusiones

La elaboración de las conclusiones, sin duda, está íntimamente ligada a las hipótesis planteadas en nuestro diseño experimental.

Hipótesis 1: Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor clima familiar que los no tratados psicológicamente.

Partiendo de que no han existido diferencias significativas, antes del entrenamiento en relajación, entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de la variable Clima Familiar de los grupos experimentales, constatamos que los pacientes pertenecientes al grupo tratamiento, salvo en las subescalas de "Expresividad", "Intelectual-Cultural", "Moralidad-Religiosidad" y "Organización", mejoran significativamente en su Clima Familiar respecto al grupo control. Por tanto, aceptamos la hipótesis.

Hipótesis 2: Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor clima laboral que los no tratados psicológicamente.

Partiendo de que no han existido diferencias significativas, antes del entrenamiento en relajación, entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de la variable Clima Laboral de los grupos experimentales, constatamos que los pacientes pertenecientes al grupo tratamiento, únicamente, mejoran significativamente en las subescalas "Implicación", "Cohesión", "Organización" y "Comodidad" respecto al grupo control. Es decir, en la mayoría de las subescalas de las tres dimensiones de esta variable aparecen diferencias no significativas entre los dos grupos. Por tanto, rechazamos la hipótesis.

Hipótesis 3: Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un nivel más alto de motivación de ejecución que los no tratados psicológicamente.

Partiendo de que no han existido diferencias significativas, antes del entrenamiento en relajación, entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de la variable Motivación de Ejecución de los grupos experimentales, constatamos que los pacientes pertenecientes al grupo tratamiento mejoran, únicamente, en las subescalas "Autoexigencia laboral" y "Motivación positiva a la acción" respecto al grupo control. En el resto de subescalas, incluso las que relacionan la ansiedad con la ejecución, no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos. Por tanto, se rechaza la hipótesis.

Hipótesis 4: 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.

Partiendo de que no han existido diferencias significativas, antes del entrenamiento en relajación, entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las

subescalas de la variable Ansiedad de los grupos experimentales, constatamos que los pacientes pertenecientes al grupo tratamiento mejoran, únicamente, en la subescala "Fisiológico" respecto al grupo control. A pesar de que la mejoría no es extensible a las subescalas "Cognitivo" y "Motor", podemos aceptar esta hipótesis teniendo en cuenta las características propias del inventario (I.S.R.A.); es decir, Miguel Tobal y Cano Vindel (1986) elaboraron esta prueba teniendo en cuenta que el entrenamiento en relajación mejoraría, principalmente, el nivel fisiológico de la ansiedad.

Hipótesis 5: Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un nivel más bajo de temores que los no tratados psicológicamente.

Partiendo de que no han existido diferencias significativas, antes del entrenamiento en relajación, entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las situaciones planteadas en relación a la variable Temores de los grupos experimentales, constatamos que los pacientes pertenecientes al grupo tratamiento presentan un

nivel más bajo de temores, salvo en "Animales", "Sangre", "Símbolos y ritos de muerte", "Claustrofobia" y "Sexual", que el grupo control. Por tanto, se acepta la hipótesis.

Hipótesis 6: Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, presentarán un mejor estado físico que los no tratados psicológicamente.

Partiendo de que no han existido diferencias significativas, antes del entrenamiento en relajación, entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de la variable Estado Analítico de los grupos experimentales, constatamos que los pacientes pertenecientes al grupo tratamiento no mejoran significativamente más que en el índice "Hierro". Por tanto, rechazamos la hipótesis.

Hipótesis 7: Los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tras el entrenamiento psicológico en relajación, se les prescribirá menores dosis de fármacos que los no tratados psicológicamente.

Partiendo de que no han existido diferencias significativas, antes del entrenamiento en relajación, entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de la variable Prescripción de la Dosis de Fármacos de los grupos experimentales, constatamos que a los pacientes pertenecientes al grupo tratamiento se les prescriben menores dosis de "Corticoides". Por tanto, aceptamos la hipótesis ya que con un número reducido de sujetos a quienes se les han prescrito dosis de los fármacos "Salicilato" y "Salazopirina" era difícil conseguir un nivel de significatividad.

Concluimos que el grupo tratamiento, tras el entrenamiento en relajación, mejora significativamente en las variables de Clima Familiar, Ansiedad, Temores y Prescripción de la Dosis de Fármacos respecto al grupo control. En definitiva, aceptamos la hipótesis general de la presente investigación por la que los enfermos diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, con el entrenamiento en relajación, mejoran su estado en cuanto a aspectos físicos, sociales y psicológicos frente a los no tratados psicológicamente.

6.4.3.- Limitaciones de la investigación

A la hora de examinar esta investigación y sus correspondientes conclusiones debemos atender a las dificultades que han surgido y apreciar las limitaciones que conlleva la misma.

Por un lado, hemos necesitado una importante inversión de tiempo por ser una investigación de diseño experimental que requería una intervención directa e individualizada con cada paciente.

Este entrenamiento en relajación se ha llevado a cabo por un único terapeuta en el Hospital de Galdácano (Vizcaya).

Y, la muestra de sujetos seleccionada pertenece a la zona de Vizcaya (interior). Por tanto, las conclusiones extraídas, únicamente, se refieren a dicha muestra. La generalización de los resultados conllevaría la utilización de un mayor número de sujetos incluso, por

la temática que nos ocupa, pertenecientes a distintos ambulatorios y hospitales que aglutinan a las distintas áreas urbanas y rurales de nuestra Comunidad.

6.4.4.- Posibles investigaciones futuras

La obtención de las mencionadas conclusiones nos anima a plantear posibles líneas de investigación:

Por un lado, la comparación de resultados entre la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa teniendo en cuenta la complejidad de la primera en relación a su cuadro médico.

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.

Otras líneas de investigación no excluyentes estarían orientadas a muestras de niños y adolescentes por el importante aumento de la incidencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en estas edades.

Finalmente, debemos considerar la posibilidad de emprender análisis de datos no solamente a nivel intergruparal sino también intragrupal en cualquiera de las líneas anteriormente referidas.

Referencias bibliográficasREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARONSON, N. Y BECKMANN, J., The quality of life of cancer patients, Raven Press, New York, 1987.

ACHESON, E., The epidemiology of ulcerative colitis and regional enteritis. En J. BADENOCK y B. BROOKE, Recent advances in gastroenterology, Churchill Livingstone, 1965.

ADER, R., Psychoneuroimmunology, Academic Press, New York, 1981.

ADMANS, H., WHORWELL, P. y WRIGHT, R., Diagnosis of Crohn's disease, Digestive Disease Science, 25, 1980.

ALEXANDER, F., Psychosomatic medicine: Its principles and applications, W W Norton, New York, 1987, pp. 83-164.

ALLAN, A., Aetiology and epidemiology of inflammatory bowel disease, Current Opinion in Gastroenterology, 3, 1987.

ALMY, T., Psychosocial aspect of chronic ulcerative colitis and Crohn's disease. En J. KIRSNER y R. SHORTER, Inflammatory bowel disease, Lea & Febiger, Philadelphia, 2ª edición, 1980.

ALTARRIBA, F., Gerontología, Boixaren Universitaria, Barcelona, 1992.

ALVÁREZ CÁCERES, R., Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicación a las ciencias de la salud, Diaz de Santos, Madrid, 1994.

AMBINDER, R. y SCHUSTER, M., Endorphins: new gut peptides with a familiar face, Gastroenterology, 77, 1977.

ANDERSON, J., DODMAN, S., KOPELMAN, M. y FLEMING, A., Patient information recall in a rheumatology clinic, Rheumatology and Rehabilitation, 18, 18, 1979, pp. 18-22.

Referencias bibliográficas

- ANDRE, C., DESCOS, L., LANDAIS, P. y FERMANIAN, J., Assessment of appropriate laboratory measures to supplement the Crohn's disease activity indeex, Gut, 22, 1981, pp. 571-574.
- ANDREWS, H., BARCZAK, P. y ALLAN, R., Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease, Gut, 28, 1987.
- ANIBAL PUENTE, Psicología básica. Introducción al estudio de la conducta humana, Eudema, Salamanca, 1993.
- ARAPAKIS, G., LYKETSOS, C., GEROLYMATOS, K., RICHARDSON, S. y LYKETSOS, G., Low dominance and high intropunitiveness in ulcerative colitis and irritable bowel syndrome, Psychotherapy and Psychosomatic, 46, 1986, pp. 171-176.
- ARNAU, J., Psicología experimental : un enfoque metodológico, Trillas, México, 1980.
- ARNAU, J., Diseños experimentales multivariantes : alternativa analítica a la investigación psicológica y educativa, Alianza, Madrid, 1990.
- ASAKURA, H., TSUCHIYA, M., AISO, S. y cols., Association of the human lymphocyte-Dr2 antigen with Japanese ulcerative colitis, Gastroenterology, 82, 1982, pp. 413-418.
- ASKEN, M., Medical psychology : toward definition, clarification and organization, professional Psychology, 10, 1979, pp. 66-73.
- ATHELSTAN, G., Psychosocial adjustment chronic disease and disability. En W. STOLOV y M. CLOWERS, Handbook of severe disability, Rehabilitation Services Administration, Washington, 1981, pp. 13-18.
- ATKINSON, J. y BIRCH, D., Introduction to motivation, Van Nostrand, New York, 1978.
- ATKINSON, T., LIEM, R. y LIEM, J., The social costs of unemployment : implications for social support, Journal of Health and Social Behavior, 27 (4), 1986, pp. 317-331.

- AVERILL, J., Autonomic response patterns during sadness and mirth, *Psychophysiology*, 5(4), pp. 399-414.
- AVISON, W. y TURNER, R., Stressful life events and depressive symptoms : disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains, *Journal Health Social Behavior*, 29, 1988, pp. 253-264.
- AZAD KHAN, P. y TRUELOVE, S., An experiment to determinate the active therapeutic moiety of sulphasalazine, *Lancet*, 1977.
- BAEKELAND, F. y LUNDWALL, L., Dropping out of treatment : a critical review, *Psychological Bulletin*, 82, 1975, pp. 738-783.
- BANDURA, A., Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 2, 1977, pp. 191-215.
- BANDURA, A., The self system in reciprocal determinism, *American Psychologist*, 33, 1978, pp. 344-358.
- BANDURA, A., Pensamiento y acción. Fundamentos sociales, Martínez Roca, Barcelona, 1987.
- BAROFSKY, I., Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care, *Social Science and Medicine*, 12, 1978, pp. 369-376.
- BAROFSKY, Y., Issues and approaches to the psychosocial assessment of the cancer patient. En C. PROKOP y L. BRADLEY, Medical psychology: contributions to behavioral medicine, Academic Press, New York, 1981.
- BARLOW, D., Anxiety and its disorders : the nature and treatment of anxiety and panic, Guilford Press, New York, 1988.
- BASMAJIAN, J., Biofeedback. Principles and practice for clinicians, Williams & Wilkins, Baltimore, 1983.

Referencias bibliográficas

- BASMAJIAN, J., The next clinical revolution - behavioral medicine, Journal of the American Osteopathic Association, 85, 1985, pp.592-594.
- BAYES, R., Acotaciones a la laboriosa gestación, feliz nacimiento, espléndido bautizo y aplaudidos primeros pasos de la Medicina Conductual, Primer Congreso de Sociología, Zaragoza, 1981.
- BECK, R., Motivation. Theories y principles, Prentice-Hall, Englewood, 1983.
- BECK, A., RUSH, A., SHAW, B. y EMERY, G., Cognitive therapy of depression, Guilford, New York, 1979.
- BECK, A., Theoretical perspective on clinical anxiety. En A. TUMA y J. MASER, Anxiety and the anxiety disorders, Lawrence Erlbaum, New Yersey, 1985, pp. 183-196.
- BECKER, M., The health belief model and personal health behavior, Health Education Monographs, 2, 1974, pp. 324-473.
- BECKER, M., DRACHMAN, R., KIRSCHT, R. y KIRSCHT, D., Predicting mothers' compliance with pediatric medical regimens, Journal of pediatrics, 81, 1972, pp. 843-854.
- BECKER, M. y GREEN, L., A family approach to compliance with medical treatment. A selective review of the literature, International Journal of Health Education, 18, 1975, pp.1-11.
- BECKER, M. y MAIMAN, L., Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recomendations, Medical Care, 13, 1975, pp. 10-24.
- BECKER, M. y MAIMAN, L., Strategies for enhancing patient compliance, Journal of community Health, 6, 1980, pp.113-135.
- BEECH, H., El estrés: evaluación y tratamiento conductual. En J. CARROBLES, Análisis y modificación de la conducta II, UNED, Madrid, 2, 1985.

- BEEKEN, W., BUSCH, H., SYLVESTER, D., Intestinal protein loss in Crohn's disease, Gastroenterology, 62, 1972, pp. 207-215.
- BENFARI, R., BEAKER, E. y STOLL, J., Behavioral interventions and compliance to treatment regimens, Annual Review of Public Health, 2, 1981, pp. 431-465.
- BENONI, C. y NILSSON, A., Hábito tabáquico en pacientes con enteropatía, Scandinavian Journal of Gastroenterology, 6(1), 1988, pp. 109-115.
- BERG, R., The high cost of self deception, Preventive Medicine, 5, 1976, pp. 483-495.
- BERGERET, J., Manual de Psicología Patológica, Toray-Masson, Barcelona, 1981.
- BERGLER, J., PENNINGTON, A., METCALFE, M. y FREIS, E., Informed consent : how much does the patient understand ? Clinical pharmacology and therapeutics, 27, 1980, pp. 435-440.
- BERK, J., Gastroenterología (Intestino y Evaluación Clínica), Salvat Editores, Barcelona, 3, 4ª edición, 1987.
- BERNSTEIN, D. y BORKOVEC, T., Progressive relaxation training: a manual for the helping professions, Research Press, Illinois, 1973.
- BERNSTEIN, D. y BORKOVEC, T., Entrenamiento en relajación progresiva, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1983.
- BEST, W., BECKTEL, J., SINGLETON, J. y KERN, F., Development of a Crohn's disease activity index, Gastroenterology, 70, 1976, pp. 439-444.
- BINGHAM, W. y MOORE, B., ¿ Cómo entrevistar ?, Rialp, Madrid, 1973.
- BIRK, L., Biofeedback : Behavioral Medicine, Grune y Stratton, New York, 1973.

Referencias bibliográficas

- BISHOP, A., POLAK, J., BRYANT, M., BLOOM, S. y HAMILTON, S., Abnormalities of vasoactive intestinal polypeptide - containing nerves in Crohn's disease, Gastroenterology, 79, 1980.
- BLANCHARD, E., Behavioral medicine : a perspective. En R. WILLIAMS y V. GENTRY, Behavioral approaches to medical treatment, Ballinger, Cambridge, 1977.
- BLANCHARD, E., Behavioral medicine: past, present and future, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 1982, pp. 795-796.
- BLECHMAN, E. y BROWNELL, K., Handbook of behavioral medicine for women, Pergamon Press, New York, 1988.
- BLUMBERG, B. y JOHNSON, J., A commentary on cancer patient education, Health Education Quarterly, 11, 1984, pp. 7-18.
- BONFILS, S. y DeMÚZAN, M., Irritable bowel syndrome vs ulcerative colitis: psychofunctional disturbance vs psychosomatic illness ? Journal of psychosomatic Research, 18, 1974, pp. 291-296.
- BORRELL, F., Manual de entrevista clínica, Doyma, Barcelona, 1989.
- BRANTLEY, P. y JONES, G., Daily stress and stress-related disorders, The Society of Behavioral Medicine, 15, 1993, pp. 17-25.
- BRODY, D., The patient's role in clinical decision making, Annals of internal medicine, 93, 1980, pp. 718-722.
- BROOME, A., Health psychology. Processes and applications, Chapman y Hall, London, 1993.

- BROWNELL, K., Behavioral medicine, Annual Review of Behavior Therapy Theory and Practice, 10, 1984, pp. 164-187.
- BUCETA, J., Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención, Cuadernos de la UNED, 1987.
- BUCETA, J. y BUENO, A., Modificación de conducta y salud, Eudema Universidad, Madrid, 1990.
- BUCKELL, N., WILLIAMS, G., BARTRAM, C. y LENNARD-JONES, J., Depth of ulceration in acute colitis: correlation with outcome and clinical and radiologic features, Gastroenterology, 79, 1980, pp. 19-25.
- BUENDIA, J., Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales, Universidad de Murcia, 1991.
- BURISH, TH. y BRADLEY, L., Coping with chronic disease. Research and applications, Academic Press, Paris, 1983.
- BURNHAM, W., LENNARD-JONES, J., STANFORD, J., y cols., Mycobacteria as a possible cause of inflammatory bowel disease, Lancet, 2, 1978, p. 693.
- CABALLO, V., Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, Siglo XXI, Madrid, 1993.
- CALKINS, B. y MENDELOFF, A., Epidemiology of inflammatory bowel disease, Epidemiology Review, 8, 1986, p.66.
- CAMERON, R., The clinical implementation of behavior change techniques: a cognitively oriented conceptualization of therapeutic "compliance" and "resistance". En J. FOREYT y D. RATHJEN, Cognitive behavior therapy: research and application, Plenum Press, New York, 1979.

Referencias bibliográficas

- CAMERON, R., Behavioral treatments for clinical pain. En R. ROY y E. TUNKS, Chronic pain : psychosocial factors in rehabilitation, William y Wilkins, Baltimore, 1980.
- CAMERON, R. y SHEPEL, L., A cognitive view of the pain patient and pain team consultation, University of Saskatchewan, 1980.
- CAMILLERI, M. y PROANO, M., Advances in the assessment of disease activity in inflammatory bowel disease, Mayo Clin. Proc., 64, 1989, pp. 800-807.
- CAPLAN, H., Systems and community mental health, Behavioral Publications, New York, 1974.
- CAPLAN, R., ROBINSON, E., FRENCH, J., CALDWELL, J. y SCHINN, M., Adhering to medical regimens, Institute for Social Research, Arbor, 1976.
- CARON, H., Compliance: the case for objective measurement, Journal of hipertension, 3 (supl. 1), 1985.
- CARROBLES, J., Análisis y modificación de la conducta. II. Aplicaciones clínicas, UNED, Madrid, 1987.
- CARROBLES, J. y GODOY, J., Biofeedback. Principios y aplicaciones, Martínez Roca, Barcelona, 1987.
- CARTWRIGHT, A., Human relations and hospital care, Routledge and Kegan Paul, London, 1964.
- CASSEL, J., Psychosocial processes and stress: theoretical formulations, International of Health Services, 6, 1974, pp. 471-482.
- CASSIDY, S., Emotional distress in terminal cancer: discussion paper, The Royal Society of Medicine, 79, 1986, pp. 717-720.
- CASSILETH, B., LUSK, E., STROUSE, T. y cols., Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups, N. Engl. J. Med., 311, 1984, p. 509.

- CASSILETH, B., ZUPKIS, R., SUTTON-SMITH, K. y MARCH, V., Informed consent - Why are its goals improperly realised ? New England Journal of Medicine, 302, 1980, pp. 896-900.
- CAUTELA, J. y GRODEN, J., Técnicas de relajación, Martínez Roca, Barcelona, 1985.
- CHAPLIN, J. y KRAWIEC, T., Psicología: sistemas y teorías, Interamericana, México, tercera edición, 1983.
- CHIODINI, R., VAN KAVININGEN, H. y MERKAL, R., Characteristics of an unclassified mycobacterium species isolated from patients with crohn's disease, Journal of Clinic Microbiological, 20, 1984, p. 966.
- CHRISTIE, M. y MELLET, P., Foundations of psychosomatics, John Wiley and Sons, New York, 1981.
- CLAYTON, L., Taber's cyclopedic medical dictionary, Davis Company, Philadelphia, 1989.
- COBB, S., Social support as a moderator of life stress, Psychosomatic Medicine, 38, 1976, pp. 300-314.
- COBB, S., Social support and health through the life course. En M. RILEY, Aging from birth to death: interdisciplinary perspectives, Westview Press, Boulder, 1979.
- COBB, S. y JONES, J., Social support, support groups and marital relationships. En S. DUCK, Personal relationships, Academic Press, London, 1984.
- COCKERHAM, W., Medical sociology, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1978.
- COFER, C., Psicología de la motivación, Trillas, México, 1972.
- COFER, C., Motivación y emoción, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1976.

Referencias bibliográficas

- COHEN, F., Measurement of coping. En S. Kasl y C. COOPER, Stress and health : issues in research methodology, Wiley, New York, 1987.
- COHEN, F. y LAZARUS, R., Coping and adaptation in health and illness. En D. MECHANIC, Handbook of health, health care and the health professions, Free Press, New York, 1993.
- COHEN, F. y LAZARUS, R., Coping with the stresses of illness. En G. STONE, F. COHEN y N. ADLER, Health psychology : a handbook, Jossey-Bass, San Francisco, 1979.
- COHEN, S. y SYME, S., Social support and Health, Academic Press, London, 1985.
- COHEN, S. y WILLS, T., Stress, social support, and the buffering hypothesis, Psychological Bulletin, 98 (2), 1986, pp. 310-357.
- COHN, E., LEDERMAN, L. y SHORE, E., Regional enteritis and its relation to emotional disorders, American Journal of Gastroenterology, 54, 1970, pp. 378-387.
- COLEMAN, J., Psicopatología: los grandes modelos teóricos, Paidós, Buenos Aires, 1978.
- COLLINS, R., FELDMAN, M. y FORDTRAN, J., Colon cancer dysplasia and surveillance in patients with ulcerative colitis. A critical review, N. Engl. J. Med., 316 (6), 1987, p. 1658.
- CONE, J. y HAWKINS, R., Behavioral assessment: new directions in clinical psychology, Brunner/Mazel, New York, 1977.
- CONN, H., Terapéutica, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1983.
- COOK, W. y PRIOR, P., Determining disease activity in inflammatory bowel disease, Journal of Clinical Gastroenterology, 6, 1984, pp. 17-25.

- COOKE, H., Neurobiology of the intestinal mucosa, Gastroenterology, 90, 1986, p. 1057-1081.
- COOPER, H., RAFFENBERGER, E., JONES, L., MACKEY, J. y GREEN, M., Cytomegalovirus inclusiones in patients with ulcerative colitis and toxic dilatation requiring colon resection, Gastroenterology, 72, 1977, pp. 1253-1256.
- CORMIER, W. y CORMIER, L., Interviewing strategies for helpers : a guide to assessment, treatment and evaluation, Brooks/Cole, Monterey, 1979.
- CRAIG, J. y METZE, L., Methods of psychological research, Saunders, Philadelphia, 1986.
- CROOK, J., TUNKS, E., KALAHAR, S. y ROBERTS, J., Coping with persistent pain; a comparison of persistent pain sufferers in a specialty pain clinic and in a family practice clinic, Pain, 34, 1988, pp. 175-184.
- CUMMINGS, K., BECKER, M., KIRSCHT, J. y LEVIN, N., Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients, Medical Care, 20, 1982, pp. 567-580.
- DAVENPORT, H., Signs of anxiety, rage or distress, Psychologist, 24 (5), 1981, pp. 1-5.
- DE HAES, J., Quality of life: conceptual and theoretical considerations. En M. WATSON, S. GREER y C. THOMAS, Psychosocial oncology, Pergamon Press, Oxford, 1986.
- DeGOSSELY, M., KONINCKX, N. y LENFANT, H., La rectocolite hemorragique : training autogene. A propos de quelques cas graves, Acta Gastro-Enterológica Bélgica, 38, 1975, pp. 454-462.
- DELEON, P., Public policy and public service : our professional duty, American Psychologist, 43, 1988, pp.309-315.

Referencias bibliográficas

- DeLONGIS, A., COYNE, J., DAKOF, G., FOLKMAN, S. y LAZARUS, R., Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status, Health Psychology, 1, 1982, pp. 119-136.
- DELPRE, G., KADISH, U., GAZIT, E., JOSHUA, H. y ZAMIR, R., HLA antigens in ulcerative colitis and Crohn's disease in Israel, Gastroenterology, 73, 1980, pp. 1452-1457.
- DENNIS, W., Interrelations of psychology and medicine. En W. DENNIS, Current trends in the relation of psychology to medicine, University of Pittsburgh Press, 1950, pp.1-10.
- DIAZ RUBIO, M., Plan de actualización en gastroenterología. III. Intestino, Editorial Médica Internacional, Madrid, 1988.
- DIAZ RUBIO, M., Avances en gastroenterología, Arán Ediciones, Madrid, 1989.
- DIEKSTRA, R. Y JANSEN, M., Psychology's role in the new health care systems: the importance of psychological interventions in primary health care, Psychotherapy, 25, 1988, pp. 344-351.
- DIMATTEO, M. Y DINICOLA, D., Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role, Pergamon Press, New York, 1982.
- DIMATTEO, M. y HAYS, R., Social support and serious illness. En B. GOTTLIEB, Social networks and social support, Beverly Hills, Sage Publications, 1981, pp. 117-148.
- DIMATTEO, M., PRINCE, L. Y TARANTO, A., Patient's perceptions of physician behavior, Journal of Community Health, 4, 1978, pp. 280-289.
- DOHENWEND, B.S. y DOHENWEND, B.P., Life stress and illness: Formulations of the illness. En B.S. DOHENWEND y B.P., Stressful life events and their contexts, Rutgers University Press, New Brunswick, 1984, p. 21.

- DOLLARD, J. y MILLER, N., Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture. En C. COFER y M. APPLEY, M., Psicología de la motivación. Teoría e investigación, Trillas, México, 1972.
- DONALDSON, R., Crohn's disease. En M. SLEISENGER y J. FORTMAN, Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management, Saunders Co., Philadelphia, 1983.
- DONALSON, R., Enfermedad de Crohn. En J. LEVINE, Procesos de diagnóstico en gastroenterología, MSD, Barcelona, 2, 1986.
- DONOVAN, K., SANSON-FISHER, R. y REDMAN, S., Measuring quality of life in cancer patients, Journal of Clinical Oncology, 7 (7), 1989, pp.959-968.
- DOYLE, W., BENSON, H. y WOLF, C., Behavioral medicine: work, stress and health, Martinus Nijhoff Publishers, Lancaster, 1985.
- DREVER, J., Perceptual learning, Ann. Review Psychology, 11, 1960, pp. 131-160.
- DREVER, J., A dictionary of psychology. En K. MADSEN, Teorías de la motivación, Paidós, Buenos Aires, 1972, p. 49.
- DROSSMAN, D., PATRICK, D., MITCHELL, C. y cols., Health related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patients worries and concerns, Digestive Diseases and Sciences, 34, 1989, p. 1385.
- DROSSMAN, D., LESERMAN, J., ZHIMING, MITCHELL, C. y cols., The rating form of Inflammatory Bowel Disease patient concerns: a new measure of health status, Psychosomatic Medicine, 53(6), 1991, pp. 701-712.

Referencias bibliográficas

- DUFFY, L., ZIELEZNY, M., MARSHALL, J. y cols., Cigarette smoking and risk of clinical relapse in patients with Crohn's disease, Am. J. Prev. Med., 6, 1990, pp. 161-166.
- DUFFY, L., ZIELEZNY, M., MARSHALL, J., BYERS, T. y cols., Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease, Fall, 1991, pp. 101-110.
- DUFFY, L., ZIELEZNY, M., MARSHALL, J. y cols., Comparison of stress indices in gauging clinical activity in patient with inflammatory bowel disease, Journal of Traumatic Stress, 5(4), 1992, pp. 601-612.
- DUNBAR, J., Adhering to medical advice : a review, International Journal of Mental Health, 9, 1980, pp. 70-87.
- DUNHAM, P., Research methods in psychology, Harper & Row, New York, 1988.
- DWORE, R. y MATARAZZO, J., The behavioral sciences and health education: disciplines with a compatible interest?, Health Education, 12, 1981, pp. 4-7.
- DYER, N., Ulcerative colitis, British Medical Journal, 1, 1978, pp. 418-420.
- EISENTHAL, S. EMERY, R., LAZARE, A. y UDIN, H., Adherence and the negotiated approach to patienthood, Archives of General Psychiatry, 36, 1979, pp. 393-398.
- ENGEL, G., Studies of ulcerative colitis. III. The nature of the psychologic processes, American Journal of Medicine, 17, 1955, pp. 231-256.
- ENGEL, G., Psychophysiological gastrointestinal disorders. II. Intestinal disorders. En FREEMAN, KAPLAN y SADOCK, Comprehensive textbook of psychiatry, Williams & Wilkins, Baltimore, 1975.
- EISER, R., Social psychology and behavior medicine, John Wiley & Sons, Chichester, 1983.

- EPSTEIN, L. y CLUSS, P., A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens, Journal of consulting and clinical psychology, 50, 1982, pp. 950-971.
- EPSTEIN, L. y MASEK, B., Behavioral control of medical compliance, Journal of Applied Behavioral Analysis, 11, 1978, pp. 1-10.
- ETXEBERRIA, J., JOARISTI, L. y LIZASOAIN, L., Programación y análisis estadísticos básicos con SPSS/PC+, Paraninfo, Madrid, 1990.
- EYER, S., SPADACCINI, C., WALKER, P., ANSEL, H., SCHWARTZ, M. y SUMNER, H., Simultaneous ulcerative colitis and Crohn's disease, Am. J. Gastroenterology, 73, 1980.
- EYSENCK, M., Anxiety: the cognitive perspective, LEA, Hillsdale, 1992.
- EYSENCK, H. y EYSENCK, S., Manual of the Eysenck Personality Questionnaire, Hodder and Stoughton, London, 1977.
- EYSENTHAL, S., EMERY, R., LAZARE, A. y UDIN, H., Adherence and the negotiated approach to patienthood, Archives of General Psychiatry, 36, 1979, pp. 393-398.
- FAGAN, E., DYCK, R., MATON, P., HODSON, H., CHADWICK, V., PETRIE, A. y PEPYS, M., Serum levels of C-reactive protein in Crohn's disease and ulcerative colitis, Eur. J. Clin. Invest., 12, 1982, pp. 351-359.
- FALCHUK, K., PERROTO, J. y ISSELBACHER, K., Serum lysozyme in Crohn's disease and ulcerative colitis, New England Journal of Medicine, 292, 1975, pp. 395-397.
- FARMER, R., HAWK, W. y TURNBULL, R., Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical study of 615 cases, Gastroenterology, 68, 1975.

Referencias bibliográficas

- FARMER, R., Long-term prognosis for patient with ulcerative proctosigmoiditis, Clinical Gastroenterology, 1, 1979, pp. 47-50.
- FARMER, R., MICHENER, W. y MORTIMER, E., Studies of family history among patients with inflammatory bowel disease, Clinics in Gastroenterology, 9, 1980.
- FAVA, G. y PAVA, L., Large bowel disorders. 1. Illness configuration and life events, Psychotherapy and psychosomatic, 27, 1977, pp. 93-99.
- FEIEREIS, H., Colitis ulcerosa. En T. UEXKÜLL, R. ADLER, J. HERRMANN, K. KÖHLE y cols., Psychosomatische Medizin, München, Urban & Schwarzenberg, 1986, pp. 778-814.
- FEIST, J. y BRANNON, L., Health psychology. An introduction to behavior and health, Wadsworth Publishing Company, California, 1988.
- FELDMAN, F., CANTOR, D., SOLL, S. y cols., Psychiatric study of a consecutive series of 34 patients with ulcerative colitis, Br. Med. J., 3(556), 1967, pp. 14-17.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J., Evaluación conductual: metodología y aplicaciones, Pirámide, Madrid, 1981.
- FIELDING, J., TOYE, D., BETON, D. y COOKE, W., Crohn's disease of the stomach and duodenum, Gut, 11, 1970, pp. 1001-1006.
- FISHLER, K. y FOGEL, B., Psychological correlates in children with ulcerative colitis, APA, 1973, pp. 515-516.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R., An analysis of coping in a middle-aged community sample, Journal of Health and Social Behavior, 21, 1980, pp. 219-239.
- FOLKS, D. y KINNEY, F., The role of psychological factors in gastrointestinal conditions, Psychosomatics, 33(3), 1992, pp. 257-270.

- FONT, A., Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer, Universidad Autónoma de Barcelona, 1988.
- FORD, C., GLOBER, G. y CASTELNUOVO-TEDESCO, P., A psychiatric study of patients with regional enteritis, JAMA, 208, 1969, pp. 311-315.
- FORDYCE, W., Behavioral methods for chronic pain and illness, Mosby, St Louis, 1976.
- FOREYT, J. y RATHJEN, D., Cognitive - behavior therapy: Research and application, Plenum, New York, 1978.
- FOSTER, G. y ANDERSON, B., Medical anthropology, John Wiley and Sons, New York, 1978.
- FOULS, S., Inflammatory bowel disease as a cultural artifact: An ethnography of the politics of suffering, University of Columbia School of Anthropology, Vancouver, 1984.
- FOULS, S., Inflammatory bowel disease as a cultural artifact: an thnography of the politics of suffering, University of Columbia School of Anthropology, Vancouver, 1985.
- FRANKS, C., Behavior therapy. Appraisal and status, McGraw-Hill Book Company, New york, 1969.
- FRASURE-SMITH, N. y PRINCE, R., The ischaemic heart disease life stress monitoring program: possible therapeutic mechanisms, Psychology and Health, 1, 1987, pp. 273-286.
- FUENTE MUÑIZ, R., Psicología médica, Fondo de Cultura Económica, México, 1964.
- FUENTENEbro, F. y VAZQUEZ, C., Psicología médica, psicopatología y psiquiatría, Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1990.

Referencias bibliográficas

- FUQUA, R., The promise of behavioral medicine: A review of Pomerleau and Brady's behavioral medicine: theory and practice, The Behavior Analyst, 3, 1980, pp. 49-56.
- FURNESS, J. y COSTA, M., Identification of gastrointestinal neurotransmitters. En G. BERTACCINI, Mediators and drugs in gastrointestinal motility, Springer-Verlag, New York, 1982.
- FURTADO, J., Lorazepam in gastrointestinal disorders with anxiety overlay, Psichosomatics, 17, 1976, pp. 32-34.
- GABRIEL, M., GAGNON, J. y BRYAN, C., Improved patient compliance through use of a daily drug chart, American Journal of Public Health, 67, 1977, pp. 968-969.
- GALLAGHER, R., McCANN, W., JERMAN, A., HUGHES, J., LANGEIER, R. y STEWART, F., The behavioral medicine service. An administrative model for biopsychosocial medical care, teaching and research, General Hospital Psychiatry, 12, 1990, pp. 283-295.
- GARCIA VEGA, E., Intervención psicológica en la Enfermedad de Crohn, Análisis y Modificación de Conducta, 21, 1995, pp. 99-121.
- GARRET, V., BRANTLEY, P., JONES, G. y TIPTON, G., The relation between daily stress and Crohn's disease, Journal of Behavioral Medicine, 14 (1), 1991, pp. 87-95.
- GARRET, J. y DROSSMAN, D., Health status in inflammatory bowel disease, Gastroenterology, 99, 1990, pp. 90-96.
- GARRIDO, Y., Motivación, emoción y acción educativa. En L. MAYOR, F. TORTOSA, Ambitos de aplicación de la psicología motivacional, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1990, pp. 283-343.

- GARRIDO, Y., Motivación y emoción : desarrollos teóricos e integración. En J. MORA y cols., Psicología básica II, Edinford, Málaga, 1992, pp. 275-530.
- GAZZARD, B., PRICE, H., LIBBY, G. y DAWSON, A., The social tool of Crohn's disease, Br. Med. J., 2, 1978, p. 1119.
- GENTRY, W., BENSON, H. y WOLFF, C., Behavioral medicine: work, stress and health, Martinus Nijhoff Publishers, Lancaster, 1985.
- GERBER, K. y NEHEMKIS, A., Compliance. The dilemma of the chronically ill, Springer Publishing Company, New York, 1986.
- GERBERT, R., Psychological aspects of Crohn's disease, J. Behav. Med. 3(1), 1980, pp. 41-58.
- GERSON, M., GRECA, C. y NATHAN-VIRGA, S., Three kinds of coping: Families and inflammatory bowel disease, Family Systems Medicine, 11(1), 1993, pp. 55-65.
- GILAT, T. y ROZEN, P., Epidemiology of Crohn's disease and demographic characteristics of inflammatory bowel disease, Journal Chronic Disease, 24, 1971.
- GILAT, T. y ROZEN, P., Epidemiology of Crohn's disease and ulcerative colitis. Etiologic implications, Israel J. Med. Sci., 15, 1979, pp. 305-308.
- GIL ROALES-NIETO, J. y AYLLON, T., Medicina Conductual. 1. Intervenciones conductuales e problemas médicos y de salud, Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, 1991.
- GILLMORE, M. y HILL, C., Reactions to patients who complain of pain : Effects of ambiguous diagnosis, Journal of Applied Social Psychology, 11, 1981, pp. 14-22.
- GIRARD, G., Trabajo, motivaciones y valores sociales, Ediciones de la Revista de Trabajo, Madrid, 1975.

Referencias bibliograficas

- GITNICK, G. y cols. Inflammatory bowel disease: Diagnosis and treatment, Igaku-Shoin, New York, 1991.
- GITNICK, G., ROSEN, V., ARTHUR, M. y HERTWECK, S., Evidence for the isolation of a new virus from ulcerative colitis patients : comparison with virus derived from Crohn's disease, Dig. Dis. Sci., 24, 1979.
- GLOTZER, D., GARDNER, R., GOLDMAN, H., HINRICHS, H., ROSEN, H. y ZETZEL, L., Comparative features and course of ulcerative colitis and granulomatous colitis, New England Journal of Medicine, 282, 1970, pp. 582-588.
- GODBER, D., Lay counselling and inflammatory bowel disease, Stress Med., 5, 1989.
- GOLDBERG, D., A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine, Gut, 11, 1970, pp. 459-465.
- GOLDBERGER, L. y BREZNITZ, S., Handbook on stress : theoretical and clinical aspects, Free Press, New York, 1982.
- GOLIGHER, J., DeDOMBAL, F., WATTS, J. y cols., Ulcerative colitis, Tindall & Coll, London, 1968.
- GORDIS, L., Conceptual and methodological problems in measuring compliance. En R. HAYNES, D. TAYLOR y D. SACKETT, Compliance in health care, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1979, pp. 23-45.
- GOTTLIEB, B., Social networks and social support, Studies in Community Mental Health, 4, 1981, pp. 304-310.
- GREEG, Ch., ROBERTUS, J. y BLAIR STONE, J., The psychological aspects of chronic illness, Charles C. Thomas, Springfield, 1989.

- GREENE, B., BLANCHARD, E. y SULS, J., Long term monitoring of psychosocial stress and inflammatory bowel disease symptoms in patient with inflammatory bowel disease, Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, 1989.
- GREENLEY, J. y MECHANIC, D., Social selection in seeking help for psychological problems, Journal of Health and Social Behavior, 17, 1976, pp. 249-262.
- GRIECO, M., BORDAN, D., GEISS, A. y BEIL, A., Toxic megacolon complicating Crohn's disease, Ann. Surg., 191, 1980.
- GROSSMAN, M., BRAZIER, M. y LECHAGO, J., Cellular basis of chemical messengers in the digestive system, Academic Press, New York, 1981.
- GURMAN, A. y KNISKERN, D., Family therapy outcome research. En A. GURMAN y D. KNISKERN, Handbook of family therapy, Brunner, New York, 1981, pp. 742-745.
- GUTIERREZ RODERO, F. y GARCÍA DIAZ, J., Manual de diagnóstico y terapéutica médica, Merk Sharp & Dohme, Madrid, 2ª edición, 1990.
- HAMBURG, D., COELHO, G. y ADAMS, J., Coping and adaptation : steps toward a synthesis of biological and social perspectives. En G. COELHO, D. HAMBURG y J. ADAMS, Coping and adaptation, Basic Books, New York, 1974.
- HAMILTON, S., Diagnosis and comparison of ulcerative colitis and Crohn's disease involving the colon. En H. NORRIS, Pathology of the colon, small intestine and anus, Churchill-Livingstone, New York, 2, 1983, pp. 1-19.

Referencias bibliográficas

- HAMILTON, S., BUSSEY, H., BOITNOTT, J. y MORSON, B., Active inflammation and granulomas in grossly uninvolved colonic mucosa of Crohn's disease resection specimens studied with enface histologic technique, Gastroenterology, 80, 1981, p. 1167.
- HANEY, C. y COLSON, A., Ethical responsibility in physician - patient communication, Ethics in Science and Medicine, 7, 1980, pp. 27-36.
- HARPER, P. y cols., Crohn's disease in the elderly: a statistical comparison with younger patients matched for sex and duration of disease, Arch. Intern. Med., 146, 1986.
- HARTMAN, P. y BECKER, M., Noncompliance with prescribed regimen among chronic hemodialysis patients: A method of prediction and educational diagnosis, Dialysis and transplantation, 7, 1978, pp. 978-989.
- HARVEY, J. y BRADSHAW, J., A simple Index of Crohn's Disease Activity, Lancet, 1, 1980, p. 514.
- HARVEY, J., NEWCOMBE, R. y RHODES, J., A simple index of Crohn's disease activity, Lancet, 1, 1980, p. 514.
- HARWOOD, A., Ethnicity and medical care, Harvard University Press, Cambridge, 1981.
- HAYNAL, A. y PASINI, W., Manual de medicina psicosomática, Toray-Masson, Barcelona, 1980.
- HAYNES, R., A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. En D. SACKETT y R. HAYNES, Compliance with therapeutic regimens, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1976.
- HAYNES, R., TAYLOR, D., SACKETT, D. y cols., Can simple clinical measurements direct non-compliance? Hypertension, 2, 1980, pp. 757-764.

- HEIDE, F. y BORKOVEC, T., Relaxation - induced anxiety : paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 1983, pp. 171-182.
- HELLER, K., The effects of social support : prevention and treatment implications. En A. GOLDSTEIN y F. KANFER, Maximizing treatment gains : transfer enhancement in psychotherapy, Academic Press, New York, 1979, pp.353-382.
- HELZER, J., CHAMMAS, S., NORLAND, C. y cols., A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness, Gastroenterology, 86, 1984, p. 326.
- HELZER, J., CLAYTON, P., PAMBAKIAN, R. y WOODRUFF, R., A controlled study of the association between ulcerative colitis and psychiatric diagnosis, Digestive Diseases and Sciences, 27, 1982.
- HELZER, J., CLAYTON, P., PAMBAKIAN, R. y WOODRUFF, R., A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness, Gastroenterology, 86, 1984.
- HELZER, J., Psychiatric aspects of inflammatory bowel disease, in colon, rectal, and anal surgery: Current techniques and controversies, CV Mosby, St. Louis, 1985.
- HENDRIKSEN, C. y BINDER, V., Social prognosis in patients with ulcerative colitis, British Medical Journal, 1980, pp. 581-583.
- HERSEN, M. y BELLACK, A., Behavioral assessment : A practical handbook, Pergamon, Elmsford, 1976.
- HILL, R., KENT, T. y HANSEN, R., Clinical usefulness of rectal biopsy in Crohn's disease, Gastrointestinal aspects, Gastroenterology, 77, 1979, p.938.
- HISLOP, Y., Onset setting in inflammatory bowel disease, Med. J. Aust., 1, 1974, pp. 981-984.

Referencias bibliográficas

- HIVELY-PETILLO, M., Psychologic factors and inflammatory bowel disease : A review of the literature, J. Enterostom. Ther., 12, 1985, pp. 214-216.
- HOLLAND, J. y ZITTOUN, R., Psychosocial aspects of oncology, Springer-Verlag, London, 1990, p. 27.
- HORNSBY, L., Ulcerative colitis: A contemporary overview, Dis. Nerv. Syst., 31, 1970, pp. 338-343.
- HUBER, G., Stress y conflictos. Métodos de superación, Paraninfo, Madrid, 1980.
- HULKA, B. y CASSEL, J y KUPPER, L., Disparities between medications prescribed and consumed among chronic disease patients. En L. LASAGNA, Patient compliance, Futura, Mt. Kisko, 1976.
- HULL, C., Principios de conducta, Debate, Madrid, 1986.
- HULL, C., Principles of behavior. En J. PINILLOS, Principios de psicología, Alianza Editorial, Madrid, 1975.
- IBAÑEZ, E., Reflexiones en torno a las relaciones entre depresión y cáncer, Boletín de Psicología, 4, 1984, pp. 99-113.
- IBAÑEZ, E. y ANDREU, Y., Calidad de vida y psicología oncológica, Anuario de psicología, 38, 1988, pp. 7-21.
- IVES, G., Psychological treatment in general practice, Journal of the Royal College of General Practitioners, 29, 1979, pp. 348-351.
- JABER, R., STEINHARDT, S. y TRILLING, J., Explanatory models of illness: A pilot study, Family Systems Medicine, 9, 1991, p. 40.
- JACOBSON, E., Progressive relaxation. En M. VALLEJO PAREJA, Estudio y tratamiento del dolor. Factores inespecíficos del entrenamiento en biofeedback, Universidad Complutense Madrid, 1987.

- JACOBSON, E., Progressive relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice, University Press, Chicago, 1974.
- JACOBSON, E., Spastic esophagus and mucous colitis. En SWEET, J., ROZENSKY, R. y TOVIAN S., Handbook of clinical psychology in medical settings, Plenum Press, New York, 1991.
- JANIS, Y. y MANN, L., Decision making, Free Press, New York, 1977.
- JEAMMET, Ph., REYNAUD, M. y CONSOLI, S., Manual de Psicología médica, Masson, México, 1982.
- JEMMOTT, J. y LOCKE, S., Psychological factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases : how much do we know? Psychological Bulletin, 95(1), 1984, pp. 78-108.
- JERROM, D., GERBER, D., SIMPSON, R. y PEMBERTON, D., Clinical psychology in primary care-issues in the evaluation of services. En C. MAIN, Clinical psychology and medicine, Plenum Press, London, 1982, pp. 97-111.
- JOACHIM, G. y MILNE, B., The effects of inflammatory bowel disease on lifestyle, Canadian Nurse, 1985, pp. 38-40.
- JOACHIM, G. y MILNE, B., Inflammatory bowel disease: effects on lifestyle, Journal of Advanced Nursing, 12, 1987, pp. 483-487.
- JOHNSON, M., The work of a clinical psychologist in primary care, Journal of the Royal College of General Practitioners, 28, 1979, pp. 661-667.
- JOHNSON, J. y KLEIN, L., I can cope, DCI, Minnesota, 1988.
- JONES, R., WIESE, H., MOORE, R. y HALEY, J., On the perceived meaning of symptoms, Medical Care, 19, 1981, pp. 710-717.

Referencias bibliográficas

- JOYCE, C., CAPLE, G., MASON, M. y cols., Quantitative study of doctor patient communication, Quaterly Journal of Medicine, 38, 1969, pp. 183-194.
- KAMBE, M., YOSHIDA, T., HARAGUCHI, Y. y cols., Quantification of disease activity in patients with ulcerative colitis, Journal Clin. Gastroenterology, 8, 1986, pp. 651-654.
- KANFER, F., COX, L., GREINER, J. y KAROLY, P., Contrasts, demand characteristics, and self - control, Journal of Personality and Social Psychology, 30, 1974, pp. 605-619.
- KANFER, F. y GOLDSTEIN, A., Helping people change, Pergamon Press, New York, 1975.
- KAPLAN, H. y SADOCK, B., Tratado de psiquiatría, Salvat, Barcelona, 1/2, 2ª edición, 1989.
- KAPLAN, R., SALLIS, J. y PATTERSON, T., Health and human behavior, McGraw-Hill, New York, 1993.
- KAPTEIN, A., Van Der PLOEG, H., GARSSSEN, B., SCHREURS, P. y BEUNDERMAN, R., Behavioral medicine. Psychological treatment of somatic disorders, John Wiley & Sons, New York, 1990.
- KAROLY, P., Measurement strategies in health psychology, John Wiley & Sons, New York, 1985.
- KARUSH, A., DANIELS, G., O'CONNOR, J. y cols., The response to psychotherapy in chronic ulcerative colitis, I: pretreatment factors, Psychosomatic Medicine, 30, 1968, pp. 255-276.
- KASL, S. y COBB, S., Health behavior and illness behavior: I. Health and illness behavior, Archives of Environmental Health, 12, 1966, pp. 246-266.
- KASL, S., Issues in patient adherence to health care regimens, Journal of Human Stress, 1, 1975, pp. 5-17.

- KEEFE, F. y BLOCK, A., Development of an observation method for assessing pain behavior in chronic low back pain patients, Behavior Therapy, 13, 1982, pp. 353-375.
- KEEFE, F. y BLUMENTHAL, J., Assessment strategies in behavioral medicine, Grune & Stratton, New York, 1982.
- KEEFE, F., WILKINS, R., COOK, W. y cols., Depression, pain and behavior, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (5), 1986, pp. 665-669.
- KEGELES, S., LUND, A. y WEISENBERG, M., Acceptance by children of a daily home mouthrinse program, Social Science and Medicine, 12, 1978, pp. 199-210.
- KELLER, S., WEISS, J., SCHLEIFER, S., MILLER, N. y STEIN, M., Suppression of immunity by stress: effect of a graded series of stressors on lymphocyte stimulation in the rat, Science, 213, 1981.
- KENDALL, P. y FORD, J., Manejo cognoscitivo-comportamental del estrés como estrategia en medicina conductual, Revista Latinoamericana de Psicología, 20 (1), 1988, pp. 55-70.
- KENDALL, P. y HOLLON, S., Cognitive - behavioral interventions: theory, research and procedures, Academic Press, New York, 1979.
- KENDALL, P. y HOLLON, S., Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions, Academic Press, New York, 1980.
- KENDELL, R.E., The role of diagnosis in psychiatry, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1975.
- KENNEDY, B. y LILLEHAUGEN, A., Patient recall of informed consent, Medical and Pediatric Oncology, 7, 1979, pp. 173-178.

Referencias bibliográficas

- KIMBLE, G., Overview: The chronology. En G. KIMBLE y K. SCHLESINGER, Topics in the history of psychology, Erlbaum, Hillsdale, 1, 1985.
- KIRSCHT, J. y ROSENSTOCK, Y., Patients' problems in following recommendations of health experts. En G. STONE y N. ADLER, Health psychology: A handbook, Jossey-Bass, San Francisco, 1979.
- KIRSNER, J., Historical aspects of inflammatory bowel disease, Journal of Clinical Gastroenterology, 10, 1988.
- KIRSNER, J. y SHORTER, R., Inflammatory bowel disease, Lea & Febiger, Philadelphia, 2ª edición, 1980.
- KIRSNER, J. y SHORTER, R., Recent developments in nonspecific inflammatory bowel disease, N. Engl. J. Med., 306 (13), 1982, p. 775.
- KLEIN, G., Perception, motives and personality, Alfred Knopf, New York, 1970.
- KLOSE, G. y BARNETT, A., Involvement of the immune system in the pathogenesis of Crohn's disease, Gastroenterology, 88, 1985, pp. 978-983.
- KLOTZ, U., MAIER, K., FISHER, C. y HEINKEL, K., Therapeutic efficacy of sulphasalazine and its metabolites in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease, N. England J. Med., 303, 1980.
- KOCH, C., Evaluation of behavior therapy intervention in general practice, Journal of the Royal College of General Practitioners, 29, 1979, pp. 337-340.
- KORELITZ, B., Epidemiological and psychosocial aspects of inflammatory bowel disease with observations on children, families, and pregnancy, Am. J. Gastro., 77, 1982, pp. 929-933.
- KORSCH, B., GOZZI, E. y FRANCIS, V., Gaps in doctor-patient communication, Pediatrics, 42, 1968, pp. 855-871.

- KORSCH, B. y NEGRETE, V., Doctor-patient communication, Scientific American, 227, 1972, pp. 67-74.
- KORSCH, B. y NEGRETE, V., Doctor - patient communication, Scientific American, 1972, pp. 66-74.
- KOVALCIK, P. y SZYDLOWSKI, T., Localized giant pseudopolypoidosis of the colon in ulcerative colitis, Disease Colon Rectum, 23, 1980.
- KUNSEBECK, H., KÖRBER, J. y FREYBERGER, H., Quality of life in patients with inflammatory bowel disease, Psychotherapy and Psychosomatic, 54, 1990, pp.110-116.
- KUPST, M., DRESSER, K., SCHULMAN, J. y PAUL, M., Evaluation of methods to improve communication in the physician-patient relationship, American Journal of Orthopsychiatry, 45, 1975, pp. 420-429.
- KWAAN, H., COCCO, A., MENDELOFF, A. y ASTRUP, T., Fibrinolytic activity in the normal and inflamed rectal mucosa, Scandinavian Journal of Gastroenterology, 4, 1969.
- KYOSOLA, K., PENTTILA, O. y SALASPURO, M., Rectal mucosal adrenergic innervation and enterochromaffin cells in ulcerative colitis and irritable colon, Scandinavian Journal of Gastroenterology, 12, 1977.
- LADER, M., Psychophysiological studies in anxiety. En G. BURROWS y D. DAVIES, Handbook of studies on anxiety, Elsevier, Amsterdam, 1980.
- LAGERCRANTZ, R., HAMMARSTROM, S., PERLMANN, P. y GUSTAFFSSON, B., Immunological studies in ulcerative colitis. Incidence of antibodies to colon-antigen in ulcerative colitis and other gastrointestinal diseases, Clin. Exp. Immunol., 1, 1968.

Referencias bibliográficas

- LANG, P., Fear reduction and fear behavior : problems in treating a construct. En J. SCHLIEN, Research in psychotherapy, American Psychological Association, Washington, 3, 1968.
- LANG, P., MELAMED, B. y HART, J., A psychophysiological analysis of fear modification using and automated desensitization procedure, Journal of Abnormal Psychology, 76, 1970, pp. 220-234.
- LAZARUS, R., Psychological and ethiological parameters and methods and clinical aspects. En L. LEVI, Emotion: their parameters and measurement, Raven Press, New York, 1975, p. 9.
- LAZARUS, R., Emotion and adaptation, Oxford University Press, New York, 1991.
- LAZARUS, R. y AVERILL, J., Emotion and cognition: with special reference to anxiety. En C. SPIELBERGER, Anxiety: current trends in theory and research, Academic Press, New York, 2, 1972, pp. 241-283.
- LAZARUS, R. y FOLKMAN, S., Estrés y procesos cognitivos, Martínez Roca, Barcelona, 1986.
- LAZARUS, R. y LAUNIER, R., Stress-related transactions between person and environment. En L. PERVIN y M. LEWIS, Perspectives in interactional psychology, Plenum Press, New York, 1978.
- LEAHEY, T., Historia de la psicología, Debate, Madrid, 1986.
- LEDWIDGE, B., Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? Psychological Bulletin, 85, 1978, pp. 353-375.
- LEEB, D., BOWERS, D. y LYNCH, J., Observations in the myth of informed consent, Plastic and Reconstructive Surgery, 58, 1976, pp. 280-282.
- LEGRENZI, P., Historia de la psicología, Herder, Barcelona, 1986.

- LENNARD-JONES, J., MORSON, B., RITCHIE, J., SHORE, D. y WILLIAMS, C., Cancer in colitis : assessment of the individual risk by clinical and histological criteria, *Gastroenterology*, 73, 1980, p. 1280.
- LEÓN, O. y MONTERO, Y., Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación, McGraw-Hill, Madrid, 1993.
- LEVENTHAL, H., Wrongheaded ideas about illness, *Psychology Today*, 73, 1982, pp. 48-55.
- LEVENTHAL, H., NERENZ, D. y STEELE, D., Disease representations and coping with health threats. En A. BAUM, J. TAYLOR y S. TAYLOR, Handbook of psychology and health, Erlbaum, Hillsdale, 4, 1984.
- LEVINE, J., Procesos de diagnóstico en Gasytroenterología, 2, Merck Sharp & Dohme, Barcelona, 1986.
- LEWIS, C., Attributions and inflammatory bowel disease: patients' perceptions of illness causes and the effects of these perceptions on relationships, *AARN*, 44, 1988, pp.16-17.
- LEY, P. y SPELMAN, M., Communicating with the patient, Staples Press, London, 1967.
- LEY, P., Complaints by hospital staff and patients : a review of the literature, *Bulletin of the British Psychological Society*, 25, 1972, pp. 115-120.
- LEY, P., Memory for medical information, *British Journal of Social and Clinic Psychology*, 18, 1979, pp. 245-258.
- LEY, P., Giving information to patients. En J.EISER, Social psychology and behavioral medicine, John Wiley and Sons, New York, 1982, pp. 339-373.

Referencias bibliograficas

- LEY, P., Patients understanding and recall in clinical communication failure. En D. PENDLETON y J. HASLER, Doctor-patient communication, Academic Press, London, 1983, pp. 89-107.
- LEY, P., Communicating with patients, Croom Helm, London, 1988.
- LIDZ, T. y RUBINSTEIN, R., Psychology of gastrointestinal disorders, American Handbook of Psychiatry, New York, 1, 1959.
- LIEDTKE, R., TSCHIRCH, L. y ZEPF, S., Studies in ulcerative colitis patients by MMPI Saarbrücken, Med. Klin., 71, 1976.
- LINDEMAN, R., WEINSTEIN, L., LEVITAN, R. y PATERSON, J., Ulcerative colitis and intestinal salmonellosis, American Journal of Medicine Sciences, 254, 1967, pp. 855-861.
- LIPOWSKI, Z., Psychosomatic medicine in the seventies : an overview, American Journal of Psychiatric, 134, 1977.
- LITMAN, T., The family as basic unit in health and medical care : A social behavioral overview, Social Science and Medicine, 8, 1974, pp. 495-519.
- LIVNEH, H. y EVANS, J., Adjusting to disability : behavioral correlates and intervention strategies, Personnel and Guidance Journal, 62(5), 1984, pp. 363-365.
- LOCKE, E., Behavior modification is not cognitive and other myths: A reply to Ledwidge, Cognitive Therapy and Research, 3, 1979, pp. 119-126.
- LOCKHART-MUMMERY, H. y MORSON, B., Crohn's disease of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis, Gut, 1(87), 1960.
- LUTHE, W. y SCHULTZ, J., Autogenic therapy, Grune & Stratten, New York, 1, 1969.

- LYONS, W., Emoción, Anthropos, Barcelona, 1993.
- MADSEN, K., Teorías de la motivación : un estudio comparativo de las teorías modernas de la motivación, Paidós, Buenos Aires, 1972.
- MAHONEY, M., Cognition and behavior modification, Ballinger, Cambridge, 1974.
- MAHONEY, M., Cognitive and noncognitive views in behavior modification. En P.O. SJODEN, S. BATES y W. DOCKENS, Trends in behavior therapy, Academic Press, New York, 1979.
- MAHONEY, M. y ARNKOFF, D., Cognitive and self-control therapies. En S. GARFIELD y A. BERGIN, Handbook of psychotherapy and behavior change : An empirical analysis, Wiley, New York, 1978.
- MAHONEY, M. y KAZDIN, A., Cognitive behavior modification: misconceptions and premature evaluation, Psychological Bulletin, 86, 1979, pp. 1044-1049.
- MAHONEY, M. y THORESON, C., Self-control : power to the person, Brooks/Cole, Monterey, 1974.
- MAIER, N., Frustration : the study of behavior without a goal. En C. COFER, Psicología de la motivación, Trillas, México, 1972, p. 20.
- MALLET, S., LENNARD-JONES, J. y BINGLEY, J. y cols., Living with the disease, Lancet, 2, 1978, p. 619-621.
- MALOUF, J., HAAS, L. y FARAH, M., Issues in the preparation of interns : views of trainers and trainees, Professional Psychology: research and practice, 14, 1983, pp. 624-631.
- MANZANO ARRONDO, V., Domine el SPSS/PC+, Ra-Ma, Madrid, 1989.

Referencias bibliográficas

- MARJA, J., VERHOEF, M., SUTHERLAND, M., Outpatient health care utilization of patients with inflammatory bowel disease, Digestive Diseases and Sciences, 35 (10), 1990, pp. 1276-1280.
- MARKS, Y., Miedos, fobias y rituales. 1. Los mecanismos de la ansiedad, Martínez Roca, Barcelona, 1991.
- MARLATT, G. y GORDON, J., Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En P. DAVISON Y S. DAVIDSON, Behavioral medicine : changing health life styles, Brunner/Mazel, New york, 1980.
- MARTIN TABERNERO, M. y DELGADO, M., Estadística aplicada, Universidad Pontificia Salamanca, 1993.
- MASSON, S., Las relajaciones, Gedisa, Barcelona, 1985.
- MASUR, F., An update on medical psychology and behavioral medicine, Professional Psychology, 10, 1979, pp. 259-264.
- MASUR, F., Adherence to health care regimens. En L. BRADLEY y C. PROKOP, Medical psychology : contributions to behavioral medicine, New York, Academic Press, 1981.
- MATARAZZO, J., Behavioral health and behavioral medicine. Frontiers for a new health psychology, American Psychologist, New York, 35, 1980, pp. 807-817.
- MATARAZZO, J., Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions. En J. MATARAZZO, S. WEISS, J. HERD y N. MILLER, Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention, Wiley, New York, 1984, pp. 3-40.
- MATARAZZO, J., There is only one psychology, no especialities, but many applications, American Psychologist, 42, 1987, pp. 893-903.
- MAYBERRY, J., NEWCOMBE, R. y RHODES, J., Mortality in Crohn's disease, Q.J.Med., 193, 1980, p.163-168.

- MAYOR, L., Psicología de la emoción, Promolibro, Valencia, 1988.
- MAYOR, J. y PINILLOS, J., Tratado de psicología general. Motivación y emoción, Alhambra, Madrid, 1990.
- MAYOR, L. y TORTOSA, F., Ambitos de aplicación de la psicología motivacional, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1990.
- McALLISTER, T. y PHILIP, A., The clinical psychologist in a health centre : one year's work, British Medical Journal, 4, 1975, pp. 513-514.
- McCLELLAND, D., Estudio de la motivación humana, Narcea, Madrid, 1989.
- McDANIEL, J., Physical disability and human behavior, Pergamon, Elmsford, 1969.
- McFADDEN, J., BUICHER, P., CHIODINI, R. y HERMON-TAYLOR, J., Crohn's disease isolated mycobacteria are identical to mycobacterium paratuberculosis, as determined by DNA probes that distinguish between mycobacterial species, Journal of clinical Microbiology, 25, 1987, p. 796.
- McKEGNEY, F., GORDON, R. y LEVINE, S., A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease, Psychosomatic Medicine, 32(2), 1970, pp. 153-166.
- McLEOD, J., Biofeedback in the management of partial anal incontinence, Diseases of the Colon and Rectum, 26, 1983, pp. 244-246.
- McMILLEN, C., FEILGL, P., METCH, B., HAYDEN, K., MEYSKENS, F. y CROWLEY, J., Quality of life and points in cancer clinical trial's : review and recomendations, Journal of the National Cancer Institute, 81, 1989, pp. 485-495.
- McNAB, Y., Backache, Williams and Wilkins, Baltimore, 1977.

Referencias bibliográficas

- McTEER, W., RIVERA MARTÍNEZ, P. y LARA, M., El ámbito de la motivación: ambiental, fisiológico, mental, social, Manual Moderno, México, 1979.
- MECHANIC, D. y VOLKART, E., Stress, illness behavior and the sick role, American Sociological Review, 26, 1961, pp. 51-58.
- MECHANIC, D., Students under stress: a study in the Social Psychology of adaptation, Free Press, New York, 1962.
- MECHANIC, D., Effects of psychological distress on perceptions of physical health and use of medical and psychiatric facilities, Journal of Human Stress, 4, 1978, pp. 26-32.
- MECHANIC, D., The concept of illness behavior : culture, situation, and personal predisposition, Psychological Medicine, 16, 1986, pp 1-7.
- MEE, A. y JEWELL, D., Factors inducing relapse in inflammatory bowel disease, Br. Med. J., 2, 1978, pp. 801-802.
- MEICHENBAUM, D., Toward a cognitive theory of self control. En G. SCHWARTZ y D. SHAPIRO, Consciousness and self-regulation, Plenum, New York, 1, 1976.
- MEICHENBAUM, D., Cognitive - behavior modification : An integrative approach, Plenum Press, New York, 1977.
- MEICHENBAUM, D. y ARNKOFF, D., Cognitive behavior modification: the need for a fairer assessment, Cognitive Therapy and Research, 3, 1979, pp. 127-132.
- MEICHENBAUM, D. y JAREMKO, M., Stress prevention and management : A cognitive-behavioral approach, Plenum, New York, 1982.

- MEICHENBAUM, D. y TURK, D., Stress, coping and disease: A cognitive behavioral perspective. En R. NEUFELD, Psychological stress and psychopathology, McGraw-Hill, New York, 1982.
- MEICHENBAUM, D. y TURK, D., Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook, Plenum Press, New York, 1987.
- MELAMED, B. y SIEGEL, L., Behavioral medicine. Practical applications in health care, Springer, New York, 1980.
- MENDELOFF, A., MONK, M., SIEGEL, C. y LILIENFELD, A., Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis, N. Engl. J. Med., 282, 1970.
- MENDELOFF, A., The epidemiology of idiopathic inflammatory bowel disease. En J. KIRSNER y R. SHORTER, Inflammatory Bowel Disease, Lea and Febiger, Philadelphia, 1975, pp. 3-19.
- MENDELOFF, A., The epidemiology of inflammatory bowel disease, Clinics in Gastroenterology, 9(2), 1980.
- MERLUZZI, T., GLASS, C. y GENEST, M., Cognitive assessment, Guilford, New York, 1981.
- MEYERS, S., WALFISH, J., SACHER, D. y cols., Quality of life after surgery for Crohn's disease: A psychosocial study, Gastroenterology, 78, 1980, pp. 1-6.
- MEYERS, S., WOLKE, A., FIELD, S., FEUER, E., JOHNSON, J. y JANOWITZ, H., Fecal alpha-1-antitrypsin measurement: an indicator of Crohn's disease activity, Gastroenterology, 89(1), 1985, pp. 13-18.
- MIGUEL TOBAL, J. y CANO VINDEL, A., Desarrollo de un inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, Libro de Comunicaciones del I Congreso del COP (área 3), 1984, pp. 253-256.

Referencias bibliográficas

- MIGUEL TOBAL, J. y CANO, A., Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, TEA, Madrid, 1986.
- MILLER, N., Learnable drives and rewards. En V. PELECHANO, Modelos básicos de aprendizaje, Alfaplus, Valencia, 1980, pp. 22-57.
- MILNE, B., JOACHIM, G. y NIEDHARDT, J., A stress management programme for inflammatory bowel disease patients, Journal of Advanced Nursing, 11, 1986, pp. 561-567.
- MILNE, D., Evaluation in clinical psychology: outcome evaluation of a routine clinical psychology service. En D. MILNE, Evaluating mental Health practice, Croom Helm, London, 1987, pp. 119-143.
- MILNER, P., Physiological psychology, Rinehart and Winston, New York, 1970.
- MIQUEL MARI, J., Nociones fundamentales básicas de patología general y su aplicación en la práctica médica, Roche, Madrid, 1990.
- MONK, M., MENDELOFF, A. y LILIENFELD, A., An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore. III. Psychological and possible stress-precipitating factors, Journal of Chronic Disease, 22, 1970.
- MOODY, G., PROBERT, C., JAYANTHI, V. y MAYBERRY, J., The attitude of employers to people with inflammatory bowel disease, Sco. Sci. Med., 34(4), 1992, pp. 459-460.
- MOOS, R., Coping with physical illness. 2: New Perspectives, Plenum Medical Book Company, London, 1989.
- MOOS, R., MOOS, B. y TRICKETT, E., Escalas de clima social: F.E.S., W.E.S., TEA, Madrid, 1984.
- MOOS, R. y TSU, V., The crisis of physical illness : An overview. En R. MOOS, Coping with physical illness, Plenum, New York, 1977.

- MORALES, J., Metodología de la psicología, UNED, Madrid, 1981.
- MORSON, B. y DAWSON, Y., Gastrointestinal pathology, Blackwell Scientific, Oxford, 1979, pp. 523-574.
- MOWRER, O., Learning theory and behavior, John Wiley & Sons, New York, 1960.
- MOWRER, O., A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. En P. GORDON, Insight vs. desensitization in psychotherapy. An experiment in anxiety reduction, Stanford University Press, California, 1971.
- MULLER, C., Income and the receipt of medical care, American Journal of Public Health, 55, 1965, pp. 510-521.
- MURRAY, J., Psychological factors in ulcerative colitis, Journal of General Psychology, 110, 1984, pp. 201-221.
- MYSZOR, M. y CALAM, J., Seasonality of ulcerative colitis, Lancet, 1984, pp. 522-523.
- NATHAN, R., LUBIN, B., MATARAZZO, J. y PERSELY, G., Psychologists in schools of medicine: 1955, 1964 and 1977, American Psychologist, 34, 1979, pp. 622-627.
- NESSMAN, D., CARNAHAN, J. y NUGENT, C., Increasing compliance: patient operated hypertension groups, Archives of Internal Medicine, 140, 1980, pp. 1427-1430.
- NEWMAN, A. y LAMBERT, J., Campylobacter jejuni causing flare up in inflammatory bowel disease, Lancet, 1980, p. 919.
- NORTES, A., Estadística teórica y aplicada, PPU, Barcelona, 1991.

Referencias bibliográficas

- NORTH, C., ALPERS, D., HELZER, J. y cols., Do lief events or depression exacerbate inflammatory bowel disease, Annals of Internal Medicine, 114, 1991, p. 385.
- NORTH, C., CLOUSE, R., SPITZNAGEL, E. y ALPERS, D., The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: A review of findings and methods, Am. J. Psychiatry, 147(8), 1990, pp. 974-981.
- OLDEN, K., Inflammatory bowel disease: A biopsychosocial perspective, Psychiatric Annals, 22(12), 1992, pp. 619-623.
- OBORNE, D., GRUNEBERG, M. y ELSE, J., Research in psychology and medicine, Academic Press, London, 1979.
- ORLAND, M. y SALTMAN, R. Manual de terapéutica médica, Salvat, Barcelona, 1986.
- ORR, M., Experimental intestinal granulomas, Proc. R. Soc. Med., 68(14), 1975.
- PARENT, K. Y MITCHELL, P., Cell wall defective variants of pseudomonas-like bacteria in Crohn's disease, Gastroenterology, 75, 1978, p. 368.
- PARETS, A., Emotional reactions to chronic physical illness, Medical clinics of North America, 51, 1967, pp. 1399-1408.
- PARKIN, D., Survey of the success of communications between hospital staff and patients, Public Health, London, 90, 1976, pp. 203-209.
- PARKIN, D., HENNEY, C., QUIRK, J. y CROOKS, J., Desviations from prescribed treatment after discharge from hospital, British Medical Journal, 2, 1976, pp. 686-688.
- PARSONS, T., The social system, Free Press, New York, 1951.

- PASAHOW, R., WEST, S. y BOROTO, D., Predicting when uncontrollability will procedure performance deficits: A refinement of the reformulated learned helplessness hypothesis, Psychological Review, 89 (5), 1982, pp. 595-598.
- PASSMORE, R. y ROBSON, J., A companion to medical studies, Blackwell, London, 3, 1974.
- PAUL, Behavior modification research: desing and tactics. En C. FRANKS, Behavior therapy : appraisal and status, McGraw-Hill, New York, 1969, p. 111.
- PAULL, A. y HISLOP, Y., Etiologic factors in ulcerative colitis: birth, dead, and symbolic equivalents, International Journal of Psychiatry in Medicine, 5(1), 1974, pp. 57-64.
- PAULLEY, J., Crohn's disease, Psychotherapy & Psychosomatics, 19, 1971, pp. 111-117.
- PAYNE, A., BLANCHARD, E., HOLT, C. y SCHWARZ, S., Physiological reactivity to stressors in irritable bowel syndrome patients inflammatory bowel disease patients and non-patient controls, Behav. Res. Ther., 30(3), 1992, pp. 293-300.
- PELECHANO, V., Psicología estimular y modular, Marova, Madrid, 1975.
- PELECHANO, V., Modelos básicos de aprendizaje, Alapplus, Valencia, 1980.
- PELECHANO, V., Cuestionario de motivación y ansiedad de ejecución (M.A.E.), Fraser Española, Madrid, 1990.
- PEMBERTON, J., Surgery for ulcerative colitis, Surgery Clinical North Am., 67, 1983.
- PENNEBAKER, J., The psychology of physical symptoms, Springer-Verlag, New York, 1982.

Referencias bibliográficas

- PEPPERCORN, M., Advances in drug therapy for inflammatory bowel disease, Annual Intern. Med., 112, 1990.
- PEREDA, S., Psicología experimental. 1. Metodología, Pirámide, Madrid, 1987.
- PETERSON, N., Feedback is not a new principle of behavior, The Behavior Analyst, 5, 1982, pp. 101-102.
- PETRAS, R., MIR-MADJLESSI, S. y FARMER, R., Crohn's disease and intestinal carcinoma. A report of 11 cases with emphasis on associated epithelial dysplasia, Gastroenterology, 93(6), 1987, p.1312.
- PIQUE BADÍA, J., Gastroenterología práctica nº 4. Colon y recto, Idepsa, Madrid, 1989.
- PITTS, M. y PHILLIPS, K., The psychology of health, Routledge, London, 1991.
- POMERLEAU, O. y BRADY, J., Introduction : The scope and promise of behavioral medicine. En O. POMERLEAU y J. BRADY, Behavioral Medicine : theory and practice, Williams & Wilkins, Baltimore, 1979.
- PRESENT, D., Medical treatment of inflammatory bowel disease, Current opinion of Gastroenterology, 61, 1990.
- PROKOP, C. y BRADLEY, L., Medical psychology. Contributions to behavioral medicine, Academic Press, London, 1981.
- PUENTE, A., Psicología básica. Introducción al estudio de la conducta humana, Eudema, Madrid, 1993.
- RABAVILAS, A., CHRISTODOULOU, G., LIAPPAS, I. y STEFANIS, C., The relation of obsessional traits to anxiety in patients with ulcerative colitis, Psychotherapy and Psychosomatics, 33, 1980.
- RABKIN, J. y STRUENING, E., Life events, stress and illness, Science, 194, 1976, pp. 1013-1020.

- RACHMAN, S., The passing of the two-stage for fear and avoidance : fresh possibilities, Behavior Research and Therapy, 14, 1976, pp. 125-134.
- RACHMAN, S., Contributions to medical psychology, Pergamon Press, London, 1977.
- RACHMAN, S., Fear and courage, Freeman, San Francisco, 1978.
- RAEDLER, A., FRAENKEL, S., KLOSE, G. y BARNETT, A., Involvement of the immune system in the pathogenesis of Crohn's disease, Gastroenterology, 88, 1985, p. 981.
- RAMPTON, D., McNEIL, N. y SARNER, M., Analgesic ingestion and other factors preceding relapse in ulcerative colitis, Gut, 24, 1983, pp. 187-189.
- RAMPTON, D. y SLADEN, G., Relapse of ulcerative proctocolitis during treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs, Postgrad. Med. J., 57, 1981, pp. 297-299.
- RAO, S., READ, N., BROWN, C., BRUCE, C. y HOLDSWORTH, C., Studies on the mechanism of bowel disturbance in ulcerative colitis, Gastroenterology, 93, 1987.
- RAYMER, D., WEININGER, O. y HAMILTON, J., Psychological problems in children with abdominal pain, Lancet, 1984, pp. 439-440.
- READING, A., Psychological preparation for surgery: patient recall of information, Journal of psychosomatic research, 25, 1981, pp. 57-62.
- REES, J., MAYBERRY, J. y CALCRAFT, B., What the patient wants to know about Crohn's disease, Journal of Clinical Gastroenterology, 5, 1983.
- REIG, A., La psicología en el sistema sanitario, Papeles del Colegio de Psicólogos, 20, 1985, pp. 7-12.
- REIG, A., La psicología de la salud en España, Revista de Psicología de la Salud, 1, 1989, pp. 5-49.

Referencias bibliograficas

- REISS, D. y OLIVERI, M., The family's conception of accountability and competence: A new approach to the conceptualization and assessment for family stress, Family Process, 30, 1991, p. 212.
- RHODES, J., Inflammatory bowel disease : immunology, Current Opinion in gastroenterology, 1987.
- RILEY, V., Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia, Science, 212, 1981, pp. 1100-1109.
- RILEY, S., MANI, V., GOODMAN, M. y LUCAS, S., Why do patients with ulcerative colitis relapse?, Gut, 31, 1990, pp. 179-183.
- ROTER, D., Patient participation in the patient-provider interaction : the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance, Health Education Monographs, 5, 1977, pp. 281-319.
- ROTH, H., Measurement and compliance, Patient Education and Counselling, 10, 1987, pp. 107-116.
- RUSTGI, V., WISE, T. y BOYLE, E., Psychiatric manifestations of inflammatory bowel disease: critical review and future strategies, Psychiatric Medicine, 2(4), 1984, pp. 337-349.
- RUTTER, D. y MAGUIRE, G., History taking for medical students: II. Evaluation of a training programme, Lancet, 1976.
- SACHAR, D., Predicting relapses of Crohn's disease, Digestive Diseases Science, 32, 1987, pp. 206-208.
- SACHAR, D., AUSLANDER, M. y WALFISH, J., Aetiological theories of inflammatory bowel disease, Clin. Gastroenterology, 9, 1980.
- SACK, D. y PEPPERCORN, M., Drug therapy of inflammatory bowel disease, Pharmacotherapy, 3, 1983, p. 158-176.

- SACKETT, D., The magnitude of compliance and noncompliance. En D. SACKETT y R. HAYNES, Compliance with therapeutic regimens, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1976.
- SAFILIOS-ROTHSCHILD, C., The sociology and the social psychology of disability and rehabilitation, Random House, New York, 1970.
- SAHAKIAN, W., Historia de la psicología, Trillas, México, 1982.
- SALDAÑA, C., Alternativas conductuales a problemas de salud, Anuario de Psicología, 30/31, 1984, pp. 61-74.
- SANDLER, R., JORDAN, M. y KUPPER, L., Development of a Crohn's disease index for survey research, Journal Clin. Epidemiology, 41, 1988, pp. 451-458.
- SANK, L. y SHAFFER, C., Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1993.
- SARANSON, Y., Cognitive processes, anxiety and the treatment of anxiety disorders. En A. TUMA y J. MASER, Anxiety and the anxiety disorders, Erlbaum, New Jersey, 1985.
- SAVERYMUTTU, S., PETERS, A., LAVENDER, J., PEPYS, M., HODSON, H. y CHADWICK, V., Quantitative fecal indium 111-label leukocyte excretion in the assessment of disease in Crohn's disease, Gastroenterology, 85, 1983, pp. 1333-1339.
- SCHAEFFER, G., Ergebnisse des autogenen trainings bei der Colitis Ulcerosa. En J. LÓPEZ IBOR, IV World Congress of Psychiatry, Madrid, 1966.
- SCHOFIELD, W., The role of psychology in the delivery of health services, American Psychologists, 24, 1969, pp. 565-584.

Referencias bibliográficas

- SCHRAML, W., Psicología clínica, Herder, Barcelona, 1975.
- SCHULMAN, B., Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: Application of a socio-organizational perspective, Medical Care, 17, 1979, pp. 267-280.
- SCHULLER, J., PIKET-Van ULSEN, J. y cols., Antibodies against chlamydia of lymphogranuloma-venereum type in Crohn's disease, Lancet, 1, 1979, p. 19.
- SCHWARTZ, G. y WEISS, S., Yale conference on behavioral medicine, Department of Health, Education and Welfare, Washington, 1977.
- SCHWARTZ, S. y BLANCHARD, E., Inflammatory bowel disease: A review of the psychological assessment and treatment literature, The Society of Behavioral Medicine, 12(3), 1990, pp. 95-105.
- SCHWARTZ, S. y BLANCHARD, E., Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease, Behav. Res. Ther., 29(2), 1991, pp. 167-177.
- SCHWARTZ, A., TARGAN, S., SAXON, A. y WEINSTEIN, W., Sulfasalazine induced exacerbation of ulcerative colitis, New England Journal of Medicine, 306, 1982, pp. 409-412.
- SCHWARTZ, G. y WEISS, S., What is behavioral medicine?, Psychosomatic Medicine, 39, 1977, pp. 377-381.
- SCHWARTZ, G. y WEISS, S., Behavioral medicine revisited: an amended definition, Journal of Behavioral Medicine, 1, 1978, pp. 249-251.
- SEGAL, A. y LOWE, G., Neutrophil dysfunction in Crohn's disease, Lancet, 2, 1976, pp. 219-221.
- SEGALL, A. y ROBERTS, L., A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients, Sociology of Health and Illness, 2, 1980, pp. 317-334.

- SELLU, D., Seasonal variation in onset of exacerbations of ulcerative proctocolitis, J. R. Coll. Surg. Edinb., 31, 1986, pp. 158-160.
- SELYE, H., The stress of life, McGraw-Hill, New York, 2ª edición, 1976.
- SHAKOW, D., Clinical psychology. En H. KAPLAN, A. FREEDMAN y B. SADOCK, Comprehensive textbook of psychiatry, William & Wilkins, Baltimore, 1980, p. 2990.
- SHAUGHNESSY, J. y ZECHMEISTER, E., Research methods in psychology, McGraw-Hill, New York, 1990.
- SHAW, L. y EHRLICH, A., Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis, Pain, 29, 1987, pp. 287-294.
- SHIVANANDA, S. PENA, A., NAP, M. y cols., Epidemiology of Crohn's disease in Regio Leiden, The Netherlands. A population study from 1979 to 1983, Gastroenterology, 93 (5), 1987, pp. 966-974.
- SHONTZ, F., The psychological aspects of physical illness and disability, MacMillan, New York, 1975.
- SHORTER, R., HUIZENGA, A. y SPENCER, R., A working hypothesis for the etiology and pathogenesis of nonspecific inflammatory bowel disease, Am. J. Dig. Dis., 17, 1972.
- SIMMONS, M., Using the nursing process in treating inflammatory bowel disease, Nursing Clinics of North America, 19(1), 1984, pp. 13-25.
- SIMS, A. y SNAITH, P., Anxiety in clinical practice, John Wiley & Sons, New York, 1988, p. 43-100.
- SITRIN, M., ROSENBERG, Y., CHAWLA, K. y cols., Nutritional and metabolic complications in a patient with Crohn's disease and ileal resection, Gastroenterology, 78, 1980, p. 1069.

Referencias bibliográficas

- SLEISENGER, M. y FORDTRAN, J., Enfermedades gastrointestinales. Fisiología, diagnóstico, tratamiento, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2, 3ª edición, 1986.
- SMART, H. y MAYBERRY, J., Epidemiology studies of mortality in patients with ulcerative colitis, Arch. Intern. Med., 146, 1986.
- SMITH, T., INGRAM, R. y BREHM, S., Social anxiety, anxious self-preoccupation, and recall of self-relevant information, Journal of Personality and Social Psychology, 44, 1983, pp. 1276-1283.
- SNYDER, C. y FORSYTH, D., Handbook of social and clinical psychology, Pergamon Press, New York, 1990.
- SORENSEN, V., OLSON, B. y BINDER, V., Life prospects and quality of life in patients with Crohn's disease, Gut, 28, 1987, pp. 382-385.
- SPEERS, M. y TURK, D., Diabetes self-care : Knowledge, beliefs, motivation and action, Patient Counselling and Health Education, 4, 1982, pp. 144-149.
- SPETCH, M. Y WILKIE, D., Subjective shorthening: a model of pigeons memory for event duration, Journal of Experimental Psychology : Animal Behavior Processes, 9 (2), 1983, pp. 14-30.
- STAATS, A., Complex human behavior, Rinehart & Winston, New York, 1963.
- STEINHAUSEN, H. y KIES, H., Comparative studies of ulcerative colitis and Crohn's disease in children and adolescents, Journal of Child Psychology & Psychiatric, 23, 1982, pp. 33-42.
- STERNBACH, R., Pain patients-traits and treatment, Academic Pres, New York, 1974.
- STILES, W., PUTNAM, S., WOLF, M. y JAMES, S., Interaction exchange structure and patients' satisfaction with medical interviews, Medical Care, 17, 1979, pp. 667-669.

- STIMSON, G., Obeying doctor's orders : a view from the other side, Social Science and Medicine, 8, 1974, pp. 97-104.
- STOBER, W. y JAMES, S., The immunological basis of inflammatory bowel disease, J. Clin. Immunology, 6, 1986.
- STOKVIS, B. y WIESENHÜTTER, E., Técnicas relajadoras y de sugestión, Herder, Barcelona, 1983.
- STONE, G., Patient compliance and the role of expert, Journal of Social Issues, 35, 1979, pp. 34-60.
- STONE, G., COHEN, F. y ADLER, N., Health psychology : A handbook, Jossey-Bass, San Francisco, 1979.
- STRAUSS, A., Chronic illness and the quality of life, C.V. Mosby Company, St. Louis, 1975.
- STRICKLAND, R. y SACHAR, D., The immunology of inflammatory bowel disease. En G. GLASS, Progress in gastroenterology, Grune & Stratton, New York, 3, 1977.
- STRICKLAND, R., Clinical psychology come of age, American Psychologist, 43, 1988, pp. 104-107.
- SULLIVAN, A., Psychogenic factors in ulcerative colitis. En J. MURRAY, Psychological factors in ulcerative colitis, Journal of General Psychology, 110, 1984, pp. 201-221.
- SUMMERS, R, SWITZ, D., SESSIONS, J., y cols., National cooperative Crohn's disease study : results of drug treatment, Gastroenterology, 77(4), 1979, pp. 847-869.
- SUTHERLAND, L., MARTIN, F., GREER, S. y cols., 5 - aminosalicylic acid enema in the treatment of distal ulcerative colitis, proctosigmoiditis, and proctitis, Gastroenterology, 92 (6), 1987, pp. 1894-1898.

Referencias bibliográficas

- SVEDLUND, J., SJODIN, Y. y DOTEVALL, G., Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome, Lancet, 2, 1983, pp. 589-592.
- SWEET, J., ROZENSKY, R. y TOVIAN, S., Handbook of clinical psychology in medical settings, Plenum Press, New York, 1991, p.193.
- TAGLIACOZZO, D. y IMA, K., Knowledge of illness as a predictor of patient behavior, Journal of Chronic Diseases, 22, 1970, pp. 765-975.
- TAN, S., Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control: A selective review, Pain, 12, 1982, pp. 201-228.
- TARTER, R., SWITALA, J., CARRA, J. y cols., Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset, International Journal of Psychiatry in Medicine, 17, 1987, p. 173-181.
- TAUB, H. y BAKER, M., The effect of repeated testing upon comprehension of informed consent materials by elderly volunteers, Experimental Aging Research, 9, 1983, pp. 135-138.
- THOITS, P., Dimensions of life events that influence psychological distress. An evaluation and synthesis of the literature. En H. KAPLAN y cols., Psychosocial stress : trends in theory and research, Academic Press, New York, 1983, pp. 88-114.
- THOMPSON, R., Psychologists in medical schools : medical staff status and clinical privileges, American Psychologist, 42, 1987, pp. 866-868.
- THOMPSON, R. y MATARAZZO, J., Psychology in United States medical schools: 1983, American Psychologist, 39, 1984, pp. 988-995.
- THORNTON, J., EMMETT, P. y HEATON, K., Diet and Crohn's disease. Characteristics of the pre-illness diet, British Medical Journal, 2, 1979.

- TIMON, A., LAGNENS, G., TERREN, R. y CELAYA, S., Temario Beecham para médicos residentes, I.M.& C., 1992.
- TODT, E., La motivación, Herder, Barcelona, 1991.
- TOLMAN, E., Purposive behavior in animals and men. En N. COFER y M. APPLEY, M., Psicología de la motivación. Teoría e investigación, Trillas, México, 1972.
- TRACY, J., Impact of intake procedures upon client attrition in a community mental health center, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1977, pp. 192-196.
- TUCKER, M., Effect of heavy medical expenditures on low income families, incidence and impact, Public Health reports, 85, 1970, pp. 419-425.
- TUCKETT, D., BOULTON, M. y OLSON, C., A new approach to the measurement of patients' understanding of what they are told in medical consultations, Journal of Health and Social Behavior, 26, 1985, pp. 27-38.
- TUNKS, E. y BELLISIMO, A., Behavioral medicine : concepts and procedures, Pergamon Press, New York, 1991, pp. 9, 26-27, 63-67.
- TURK, D., Factors influencing the adaptive process with chronic illness. En I. SARASON y C. SPIELBERGER, Stress and anxiety, Washington, 1979.
- TURK, D., Cognitive learning approaches in health care. En D. DOLEYS, R. MEREDITH y A. CIMINERO, Behavioral medicine: assessment and treatment strategies, Plenum Press, New York, 1982.
- TURK, D., MEICHENBAUM, D. y GENEST, M., Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective, Guilford Press, New York, 1983.

Referencias bibliográficas

- TURK, D. y SALOVEY, P., Cognitive structures, cognitive processes and cognitive-behavior modification: II. Clinical interference, Manuscript Submitted for Publication, 1983.
- TURK, D., SOBEL, H., FOLLICK, M. y YOUNKILIS, H., A sequential criterion analysis for assessing coping with chronic illness, Journal of Human Stress, 6, 1980, pp 35-40.
- TURK, D y SPEERS, M., Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive-behavioral interventions: going beyond the information given. En P. KENDALL, Advances in cognitive - behavioral research and therapy, Academic Press, New York, 2, 1983.
- TYTGAT, G., Nutritional support in inflammatory bowel disease, Gut, 27, 1986.
- ULMER, R., Noncompliance problems of cancer patients and their resolution, Unpublished Manuscript, Martin Luther King General Hospital, 1980.
- VALLEJO, J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Salvat, Barcelona, 1991.
- VALLEJO PAREJA, M., Estudio y tratamiento del dolor. Factores inespecíficos del entrenamiento en biofeedback, Universidad Complutense Madrid, 1987.
- VAN HEES, BAKKER, J. y VAN TONGEREMN J., Effect of sulphapyridine, 5 - aminosalicylic acid, and placebo in patients with idiopathic proctitis: A study to determinate the active therapeutic moiety of sulphasalazine, Gut, 21, 1980.
- VELASCO, A., DUEÑAS, A., ALVAREZ, F., Farmacoterapia del aparato digestivo, Facultad de Medicina de Valladolid, 1987.
- VELASCO MARTIN, A., Compendio de farmacología general, Roche, Madrid, 1991.

- VERHOEF, M. y SUTHERLAND, LL., Outpatient health care utilization of patients with inflammatory bowel disease, Digestive Diseases and Sciences, 35 (10), 1990, pp. 1276-1280.
- VILLANUEVA, C., Manual de biofeedback, Mapfre, Madrid, 1988.
- WACHTEL, P., Psychoanalysis and behavior therapy, Basic Books, New York, 1977.
- WAITZKIN, H., Medicine, superstructure and micropolitics, social science and medicine, 13, 1979, pp. 601-609.
- WAITZKIN, H. y STOECKLE, J., Information control and the micropolitics of health care : summary of an ongoing research project, Social Science and Medicine, 10, 1976, pp. 263-276.
- WALKER, E., ROY-BYRNE, P. y KATON, W. y cols., Psychiatric illness and irritable bowel syndrome : a comparison with inflammatory bowel disease, American Journal of Psychiatry, 147, 1990.
- WALLACE, L., Trait anxiety as a predictor of post-operative adjustment and recovery, British Journal of Clinical Psychology, 26, pp. 73-74.
- WARE, J. y SNYDER, M., Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services, Medical Care, 13, 1975, pp. 669-682.
- WEDDING, D. y WILLIAMS, J., Training options in behavioral medicine and clinical neuropsychology, Clinical Neuropsychology, 5, 1983, pp. 100-102.
- WEINER, B., FRIEZE, L., KUKLA, A., REST, S. y ROSENBAUM, R., Perceiving the causes of success and failure, General Learning Press, Morristown, 1971.

Referencias bibliográficas

- WENGER, M., Emotion as visceral action : an extension of Lange's theory. En P. YOUNG, Cómo entender nuestros sentimientos y emociones, Manual Moderno, México, 1979, pp. 71-72.
- WENGER, M., JONES, F. y JONES, M., Physiology psychology. En A. CANO VINDEL, Cognición, emoción y personalidad : un estudio centrado en la ansiedad, Universidad Complutense Madrid, 1989, p.8.
- WEST, K., MMPI correlates of ulcerative colitis, J. Clin. Psychol., 26, 1970, pp. 214-219.
- WHITE, R., Ego and reality in psychoanalytic theory, Psychological Issues, 11, 1963.
- WHITEHEAD, R., Mucosal biopsy of the gastrointestinal tract, W.B. Saunders, Philadelphia, 1979.
- WHITEHEAD, W., Behavioral medicine approaches to gastrointestinal disorders, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(4), 1992, pp. 605-612.
- WHITEHEAD, W., BURGIO, K. y ENGEL, B., Biofeedback treatment of fecal incontinence in geriatric patients, Journal of the American Geriatrics Society, 33, 1985, pp. 320-324.
- WHITEHEAD, W. y SCHUSTER, M., The treatment of functional gastrointestinal disorders. En R. GALLON, The psychosomatic approach to illness, Elsevier, New York, 1982.
- WHORWELL, P., PHILLIPS, C., BEEKEN, W., LITTLE, P. y ROESSNER, K., Isolation of reovirus-like agents from patients with Crohn's disease, Lancet, 1, 1977.
- WHYBROW, P., FERRELL, R., Psychic factors and Crohn's disease : An overview. En A. LINDNER, Emotional factors in gastrointestinal illness, Elsevier, New York, 1973, p. 82.

- WHYBROW, P., KANE, F., LIPTON, M., Regional ileitis and psychiatric disorder, Psychosomatic Medicine, 30, 1968, pp. 209-220.
- WIETERSHEIM, J., KÖHLER, T. y FEIEREIS, H., Relapse-precipitating life events and feelings in patients with inflammatory bowel disease, Psychotherapy and psychosomatic, 58, 1992, pp. 103-112.
- WIETERSHEIM, J., KÜHLER, T. y FEIEREIS, H., Relapse - precipitating life events and feelings in patients with inflammatory bowel disease, Psychotherapy and Psychosomatic, 58, 1992, pp. 103-112.
- WILEY, S., Structural treatment approach for families in crisis, American Journal of Physical Medicine, 62 (6), 1983, pp. 271-286.
- WILLOUGHBY, C., PIRIS, J. y TRUELOVE, S., Tissue eosinophils in ulcerative colitis, Scandinavian Journal of Gastroenterology, 14, 1979.
- WILSON, C. y MINTZ, Y., Psychosomatic symptoms : psychodynamic treatment of the underlying personality disorder, Jason Aronson, London, 1989.
- WILSON, J., Stress coping styles and physiological arousal. En S. BURCHFIELD, Stress: psychological and physiological interactions, Hemisphere, Washington, 1985.
- WILSON, M., El ámbito de la motivación, Manual Moderno, México, 1979.
- WOLPE, J., Psicoterapia por inhibición recíproca, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1975.
- WOLPE, J., Behavior therapy and its malcontents. I. Denial of its bases and psychodynamic fusionism, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7, 1976, pp. 1-5.

Referencias bibliográficas

- WOLPE, J., Cuestionario de temores. En J. WOLPE, La práctica de la terapia de conducta, Trillas, México, 3ª edición, 1981.
- WOOD, B., WATKINS, J., BOYLE, J., NOGUEIRA, J., ZIMAND, E. y CARROLL, L., Psychological functioning in children with Crohn's disease and ulcerative colitis: Implications for models of psychobiological interaction, Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry, 26(5), 1987, pp. 774-781.
- WORTMAN, C., Some determinants of perceived control, Journal of Personality and Social Psychology, 31(2), 1975, pp. 282-294.
- WRIGHT, J., MAULES, I. y PARFITT, A., A simple clinical index of Crohn's disease activity - The Cape Town index, South Afr. Medicine Journal, 68, 1985, pp. 502-503.
- WYKE, R., EDWARDS, F. y ALLAN, R., Employment problems and prospects with inflammatory bowel disease, Gut, 29, 1988.
- YALOM, Y., The theory and practice of group psychotherapy, Basic Books, New York, 2ª edición, 1975.
- YOUNG, P., Motivation and emotion. A survey of the determinants of human and animal activity, Wiley, New York, 1961.
- YOUNG, P., op.cit. En C. COFER, Psicología de la motivación, Trillas, México, 1972, p.20.
- YOUNG, P., op. cit. En K. MADSEN, Teorías de la motivación, Paidós, Buenos Aires, 1972, p. 49.
- ZIFFERBLATT, S., Increasing patient compliance through applied analysis of behavior, Preventative Medicine, 4, 1975, pp. 173-182.

ZISSOK, S y DEVAUL, R., Emotional factors in inflammatory bowel disease, Southern Medical Journal, 70, 1977, p. 719.

ZUCKERMAN, M. y BRIONES, D., Inflammatory bowel disease: overview and psychosomatics, 85, 1989, pp.32-36.