

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Facultad de Medicina

Departamento de Medicina



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

**FACTORES PSICOLÓGICOS
ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL
CRÓNICA**

Tesis doctoral presentada por:

MARTA LOZANO LANAGRÁN

Dirigida por:

GUILLERMO ALCAÍN MARTÍNEZ

RAÚL JESÚS ANDRADE BELLIDO

Málaga, 2015


UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Marta Lozano Lanagrán

 <http://orcid.org/0000-0002-3568-6343>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

**D. RAÚL JESÚS ANDRADE BELLIDO, CATEDRÁTICO
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA FACULTAD
DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.**

CERTIFICA:

Que la memoria que lleva por título "*Factores psicológicos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica*", presentada por Doña Marta Lozano Lanagrán con DNI 77334177-N, para optar al grado de Doctor en Medicina, ha sido realizada bajo mi dirección. Una vez finalizada, autorizo su presentación para ser juzgada por el tribunal correspondiente.

Fdo. Raúl J. Andrade Bellido

Málaga, Noviembre de 2015

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

**D. GUILLERMO ALCAÍN MARTÍNEZ, FACULTATIVO
ESPECIALISTA DE ÁREA DE APARATO DIGESTIVO.**

CERTIFICA:

Que la memoria que lleva por título "*Factores psicológicos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica*", presentada por Doña Marta Lozano Lanagrán con DNI 77334177-N, para optar al grado de Doctor en Medicina, ha sido realizada bajo mi dirección. Una vez finalizada, autorizo su presentación para ser juzgada por el tribunal correspondiente.

Fdo. Guillermo Alcaín Martínez

Málaga, Noviembre de 2015

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Guillermo Alcaín, director de la tesis, por su ayuda, apoyo y dedicación sin los cuales no hubiera podido realizar este trabajo.

Al Dr. Raúl Andrade, director de la tesis, por el apoyo y la confianza que siempre ha puesto en mí.

A todo el personal de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria del Hospital Virgen de la Victoria, éste trabajo pertenece a todos ellos.

Al Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Virgen de la Victoria, donde me he formado e iniciado mi carrera como especialista.

A la Unidad de Asesoramiento Metodológico y Estadístico de FIMABIS_IBIMA su útil discusión técnica.

A mis padres, a mis hermanos y a Pablo, porque siempre están ahí, en todos los proyectos de mi vida.

ÍNDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	16
1. <u>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EIIC)</u>	17
1.1. CONCEPTOS GENERALES.....	17
1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	18
1.3. ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	19
1.4. GENÉTICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	21
1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	22
1.6. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	31
1.7. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	40
1.8. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	45
2. <u>ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA</u>	59
2.1. MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	59
2.2. CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	60

2.2.A-	IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL MANEJO DE LA EIIC.....	62
2.2.B-	INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA.....	64
2.3.	TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN....	67
2.4.	FACTORES PSICOLÓGICOS POSITIVOS: RESILIENCIA, OPTIMISMO E INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	72
-	2.4.A- RESILIENCIA.....	73
-	2.4.B- OPTIMISMO.....	75
-	2.4.C- INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	78
2.5.	ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	81
2.6.	TRATAMIENTO ADYUVANTE EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	84
	<u>JUSTIFICACIÓN</u>	86
	<u>OBJETIVOS</u>	89
	<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	91
1.	<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	92
2.	<u>ÁMBITO DEL ESTUDIO</u>	92
3.	<u>MUESTRA</u>	92
3.1-	POBLACIÓN DE MUESTREO.....	92
3.2-	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	92
3.3-	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	93
4.	<u>PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS</u>	93

5.	<u>DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO</u>	94
5.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	94
5.2	VARIABLES CLÍNICAS.....	95
5.3	VARIABLES PSICOLÓGICAS.....	100
6.	<u>DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA</u>	100
7.	<u>ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES</u>	110
8.	<u>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u>	111
	<u>RESULTADOS</u>	112
1.	<u>ESTUDIO DESCRIPTIVO</u>	113
1.1-	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES.....	113
1.2-	CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	120
1.3-	CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES.	131
2.	<u>ESTUDIO ANALÍTICO</u>	145
2.1-	CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PRINCIPALES DEL ESTUDIO.....	145
2.2-	CORRELACIÓN ENTRE OTRAS VARIABLES SOCIO- DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y PSICOLÓGICAS.....	150
2.3-	REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE.....	152
	<u>DISCUSIÓN</u>	160
1.	<u>CONSIDERACIONES GENERALES</u>	161
2.	<u>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</u>	163

2.1-	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES.....	163
2.2-	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES.....	164
2.3-	CORRELACIONES CON CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	167
2.4-	CORRELACIONES CON TRASTORNOS EMOCIONALES: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	169
2.5-	CORRELACIONES CON FACTORES PSICOLÓGICOS POSITIVOS: OPTIMISMO, RESILIENCIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	174
2.6-	CORRELACIONES CON ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	178
2.7-	MODELOS DE LA REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE.....	181
3.	<u>COMENTARIOS FINALES, IMPLICACIONES CLÍNICAS</u>	184
	<u>CONCLUSIONES</u>	187
	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	190
	<u>ANEXOS</u>	217

ABREVIATURAS

EIIC: Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica

EC: Enfermedad de Crohn

CU: Colitis Ulcerosa

TNF- α : Factor de necrosis tumoral α

EPA: Enfermedad perianal

MEI: Manifestaciones extraintestinales

PCR: Proteína C reactiva

VSG: Velocidad de sedimentación globular

CDAI: Cohn's Disease Activity Index

PDAI: Perianal Disease Activity Index

CDEIS: Cohn's Disease Endoscopic Index of Severity

SES-CD: Simplified Endoscopic Activity Score for Cohn's Disease

ECCO: European Cohn's and Colitis Organization

ACG: American College of Gastroenterology

SCCAI: Simple Clinical Colitis Activity Index

UCDAI: Ulcerative Colitis Disease Activity Index

TPMT: Tiopurin-metil-transferasa

SF-36: Short Form 36

IBDQ: Inflammatory Bowel Disease Questionary

Cols: Colaboradores

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

LOT-R: Revised Life Orientation Test

TMMS: Trait Meta-Mood Scale

COPE: Coping Operations Preferences Enquiry

DT: Desviación típica

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1: Clasificación de Parks de las fístulas perianales.
- Tabla 2: Criterios de Lennard-Jones para el diagnóstico de EC y CU.
- Tabla 3: Diferencias entre EC y CU.
- Tabla 4: Características sociodemográficas de los pacientes.
- Tabla 5: Antecedentes de patología y tratamiento psiquiátrico en los pacientes de la muestra.
- Tabla 6: Duración de la enfermedad.
- Tabla 7: Clasificación de Montreal de los pacientes con EIIC.
- Tabla 8: Tratamiento de los pacientes de la muestra.
- Tabla 9: Corticodependencia y corticorretractariedad en la EIIC.
- Tabla 10: Demanda asistencial y recaídas en los pacientes de la muestra.
- Tabla 11: Resultados en la escala IBDQ-9. Diferencias entre EC y CU.
- Tabla 12: Resultados en la escala IBDQ-9. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Tabla 13: Resultados en la escala HADS. Diferencias entre EC y CU.
- Tabla 14: Resultados en la escala HADS. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Tabla 15: Resultados en la escala de Resiliencia. Diferencias entre EC y CU.
- Tabla 16: Resultados en la escala de Resiliencia. Diferencias entre hombres y mujeres.

- Tabla 17: Resultados en la escala de Optimismo. Diferencias entre EC y CU.
- Tabla 18: Resultados en la escala de Optimismo. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Tabla 19: Resultados en la dimensión Atención de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre EC y CU.
- Tabla 20: Resultados en la dimensión Atención de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Tabla 21: Resultados en la dimensión Claridad de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre EC y CU.
- Tabla 22: Resultados en la dimensión Claridad de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Tabla 23: Resultados en la dimensión Reparación de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre EC y CU.
- Tabla 24: Resultados en la dimensión Reparación de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Tabla 25: Estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con EIIC.
- Tabla 26: Análisis de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados a Calidad de Vida en Enfermedad de Crohn.
- Tabla 27: Análisis de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados a Calidad de Vida en Colitis Ulcerosa.
- Tabla 28: Análisis de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados a Ansiedad en Enfermedad de Crohn.
- Tabla 29: Análisis de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados a Ansiedad en Colitis Ulcerosa.

- Tabla 30: Análisis de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados a Depresión en Enfermedad de Crohn.
- Tabla 31: Análisis de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados a Depresión en Colitis Ulcerosa.

INDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Distribución por sexo de los pacientes de la muestra.
- Gráfico 2: Nivel de estudios de los pacientes de la muestra.
- Gráfico 3: Actividad laboral de los pacientes de la muestra.
- Gráfico 4: Hábito tabáquico en los pacientes de la muestra.
- Gráfico 5: Patología psiquiátrica previa de los pacientes de la muestra.
- Gráfico 6: Tratamiento psiquiátrico en los pacientes de la muestra.
- Gráfico 7: Manifestaciones extraintestinales en los pacientes de la muestra.
- Gráfico 8: Cirugía en la EIIC.
- Gráfico 9: Tratamiento para la EIIC.
- Gráfico 10: Índices de actividad clínica en EC.
- Gráfico 11: Índices de actividad clínica en CU.
- Gráfico 12: Resultados en la escala HADS. Diferencias entre EC y CU.
- Gráfico 13: Resultados en la escala HADS. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Gráfico 14: Resultados en la escala de Resiliencia. Diferencias entre EC y CU.

- Gráfico 15: Resultados en la escala de Resiliencia. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Gráfico 16: Resultados en la dimensión Atención de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre EC y CU.
- Gráfico 17: Resultados en la dimensión Atención de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Gráfico 18: Resultados en la dimensión Claridad de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre EC y CU.
- Gráfico 19: Resultados en la dimensión Claridad de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Gráfico 20: Resultados en la dimensión Reparación de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre EC y CU.
- Gráfico 21: Resultados en la dimensión Reparación de la Inteligencia Emocional. Diferencias entre hombres y mujeres.
- Gráfico 22: Estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con EIIC.

INTRODUCCIÓN

1. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

1.1. CONCEPTOS GENERALES

El término Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica (EIIC), incluye una variedad de presentaciones y manifestaciones clínicas cuya característica principal es la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones. Estos trastornos se caracterizan por una respuesta inmune desmesurada que produce lesiones en el tracto digestivo y comparten el hecho de ser procesos crónicos. La cronicidad en el curso clínico de la EIIC consiste en alternar periodos de inactividad o quiescencia, denominadas fases de remisión, con periodos de actividad clínica de diferente intensidad que se denominan recidivas o brotes.

Actualmente el concepto de EIIC engloba tres entidades: la Enfermedad de Crohn (EC), la Colitis Ulcerosa (CU) y la Colitis Indeterminada, que se definen según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. Se consideran la EC y la CU las dos entidades mayores. La CU afecta exclusivamente a la mucosa del colon de forma continua y en extensión variable, en contraposición con la EC que es una enfermedad transmural que puede afectar a cualquier segmento del tracto gastrointestinal de forma discontinua. En los casos en los que es imposible diferenciar entre CU y EC se habla de colitis indeterminada. La Colitis Indeterminada comparte características clínicas, endoscópicas e histológicas de las dos anteriores, por lo que no se puede encuadrar en ninguna de ellas.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

La incidencia de la EIIC varía considerablemente en función del área geográfica, la tasa de incidencia de CU oscila entre 0.5 y 24.5 casos por 100000 habitantes y año, mientras que la de EC lo hace entre 0.3 y 20 casos por 100000 habitantes y año (1).

Hasta hace pocos años existía un gradiente norte-sur con una incidencia de 3 a 5 veces más alta en los países del Norte de Europa y América que en países meridionales, entre ellos España (2). La existencia de este gradiente sugiere la importancia del papel de los factores ambientales en la etiología de la EIIC (3,4). En los últimos años, mientras la enfermedad tiende a estabilizarse en las áreas de alta incidencia previa, representa una patología emergente en los países donde tenía menor entidad (5).

Los estudios llevados a cabo en España muestran también un incremento de los 3 y 1.5 casos para CU y EC respectivamente de los años 80 a los 7.57 y 9.12 casos por 100000 habitantes y años publicados en 2009 por López Serrano (6,7). En los últimos años, la incidencia de la CU parece haberse estabilizado, con las tasas más altas publicadas en 2007, 13.6 y 12.5 por 100000 habitantes y año en Navarra y Gijón respectivamente (7,8). Estas cifras son muy similares a las descritas en el norte de Europa y superiores a las documentadas en el sur de la península, lo que sugiere un gradiente norte-sur para la CU en la península (9).

1.3. ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

Actualmente permanece aún sin esclarecer la patogenia de la EIIC. La teoría más aceptada consiste en que la EIIC es consecuencia de una alteración de la homeostasis inmune de la mucosa intestinal, en sujetos susceptibles genéticamente, frente a la flora bacteriana residente y a otros antígenos lumbinales, que es desencadenada o puesta en marcha por factores ambientales. El resultado es una alteración en el procesamiento de antígenos, activación de células T patógenas e inflamación crónica.

Diversos estudios han mostrado un aumento de los linfocitos CD4+ y de su reclutamiento intraepitelial en la EIIC (10). Las citoquinas juegan un papel crucial desencadenando múltiples fenómenos inflamatorios como: activación de leucocitos y quimioatracción, exocitosis de gránulos, producción de metaloproteasas de la degradación de la matriz y regulación del estrés oxidativo. Además la citoquina factor de necrosis tumoral- α (TNF- α) se ha erigido como elemento fundamental que rige el trastorno inmune, de hecho, el desarrollo terapéutico de las últimas décadas se ha centrado en contrarrestar esta alteración de la inmunidad adquirida, consiguiendo una inmunosupresión y/o un bloqueo TNF- α .

Los factores ambientales influyen claramente en la puesta en marcha del proceso inflamatorio (11), el reto es lograr establecer cuáles son los que están ejerciendo mayor influencia.

Diversos estudios apoyan la "teoría de la higiene", según la cual, factores asociados a una mayor posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas durante la infancia (como el mayor tamaño familiar, compartir

dormitorio, vivir en medio rural o poseer animales domésticos) se asocia a menor riesgo de aparición de la EIIC (12-15). Otros estudios muestran resultados opuestos que impiden extraer conclusiones definitivas (16).

Es indiscutible la asociación positiva entre el tabaco y la EC, y la relación inversa entre tabaco, apendicetomía y CU (17,18).

Existe evidencia de la relación entre la disbiosis y la patogenia de la EIIC. La disbiosis es un trastorno en la microflora intestinal que resulta en una alteración del equilibrio entre las bacterias intestinales protectoras y lesivas. No está claro si la disbiosis es causa o consecuencia de la EIIC y no se ha podido demostrar que un solo agente sea productor de la enfermedad.

Los pacientes con EIIC presentan perfiles menos complejos de bacterias comensales y mayor número de bacterias asociadas a la mucosa que sujetos sanos (19).

Los estudios disponibles postulan que *Mycobacterium avium paratuberculosis* podría ser un agente potencial de EC, sin embargo, la investigación realizada hasta la fecha no es concluyente.

Los pacientes con infecciones por *Yersinia enterocolitica*, tienen una mayor prevalencia de EC. Un estudio mostró presencia de esta bacteria en el 31% de las piezas resecadas en EC (20) a pesar de ello su papel en la EC no está claro.

Otra causa de EIIC podrían ser las infecciones bacterianas transportadas por alimentos con *Listeria monocytogenes*. También se ha encontrado un incremento de incidencia de EIIC en sujetos que han sufrido gastroenteritis por *Salmonella no-typhi* o *Campylobacter termofílico* (21). Otros estudios

han mostrado mayor número de *Escherichia coli* con propiedades invasivas en pacientes con EIIC (22).

1.4. GENÉTICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

Existe evidencia epidemiológica acerca de la base genética de la EIIC como los estudios efectuados en gemelos monocigóticos que muestran una concordancia de la enfermedad del 37% para EC y del 10% para CU (23).

Respecto a la asociación familiar de la EIIC, hay que destacar que entre un 5.5 y un 22.5% de los pacientes tienen algún familiar que también la padece, y estos casos suelen presentar un debut a edad más temprana y mayor frecuencia de manifestaciones extraintestinales.

La EC y la CU son enfermedades poligénicas complejas, se han detectado al menos 30 loci que muestran asociación inequívoca con al EC, algunos loci de la EC también influyen en el riesgo de CU. Los genes identificados incluyen NOD2/CARD14, XBP1, ATG16L, IRGM e IL23R.

El primer gen asociado a la EIIC fue el NOD2/CARD15, y sus mutaciones más comunes Arg702Trp, Gly908Arg y Leu1007fsinsC. Múltiples análisis mediante *genoma widescan* han confirmado que polimorfismos específicos de NOD2 incrementan el riesgo de desarrollar EC ileal con patrón estenosante (24). Ser portador heterocigoto de uno de los alelos de riesgo mayor, confiere un incremento del riesgo 2.4 veces mayor de presentar EC, los portadores homocigotos tienen un riesgo 17.1 veces superior de sufrir

EC.El gen Autofagia 16-like 1 se ha asociado a EC y codifica una proteína del complejo autofagia (25).

Recientemente se ha sugerido que las variantes en el gen para XBP1, un factor de transcripción que dirige la respuesta al estrés del sistema retículo endoplásmico, podrían contribuir al riesgo de EC.

La mutación en el gen que codifica el receptor de la IL-23 condiciona susceptibilidad a la EIIC y a la psoriasis (26).

Los genes del sistema HLA de clase II se asocian significativamente a la CU. Un metaanálisis mostró que los genes DRB1*0103 y DRB1*1502 conferían un riesgo aumentado de desarrollar CU, mientras que el Cw8 y el B21, un mayor riesgo para EC (27).

1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

La EIIC es clínicamente muy heterogénea pudiendo diferir en función del subtipo de enfermedad (EC y CU), de la localización de ésta y del patrón de comportamiento en el caso de la EC.

- Manifestaciones intestinales y clasificación de la Enfermedad de Crohn

En el año 2005 se publicó el informe del grupo de trabajo de Montreal que trató de integrar los aspectos clínicos, moleculares y serológicos de la EIIC en una clasificación que mejorase las anteriores de Viena y Roma (28).

En la EC, los pacientes se clasificarán en función de:

- Edad en el momento del diagnóstico (A, *age*):

- A1: comienzo anterior a los 16 años
- A2: comienzo entre los 17 y los 40 años
- A3: comienzo posterior a los 40 años
- Localización (L, *location*):
 - L1: localización ileal.
 Esta afectado íleon, con o sin afectación del ciego.
 Las manifestaciones clínicas se deben fundamentalmente a la presencia de inflamación y estenosis a este nivel con nauseas, vómitos, dolor abdominal en fosa iliaca derecha, pérdida de peso y fiebre. La diarrea es menos grave que en las formas que afectan al colon.
 - L2: localización colónica.
 Una o varias localizaciones de la enfermedad entre recto y ciego, pero exclusivamente en el colon, sin afectación del intestino delgado.
 La clínica es más parecida a la de la CU pero con diarrea más abundante, hematoquecia, dolor abdominal y pérdida de peso.
 - L3: localización ileo-colónica.
 Existe afectación del íleon terminal con o sin afectación cecal y con la participación de cualquier otra área del colon, desde recto hasta el colon ascendente, la clínica es una mezcla de las anteriores.
 - L4: localización gastrointestinal alta.
 Se considera esta localización cuando se afecta cualquier área proximal a íleon distal (íleon proximal, yeyuno, duodeno, estómago, esófago y orofaringe). Cuando la localización es

esófago-gastro-duodenal existen síntomas de dispepsia alta como náuseas, vómitos, epigastalgia e incluso hemorragia digestiva alta. La afectación yeyunal se relaciona con diarrea, pérdida de peso y síndrome malabsortivo y suele ocurrir en las formas que debutan a edades más precoces. La clasificación de Montreal propone que la categoría L4 se añada a las otras tres categorías y no sea excluyente.

- Comportamiento clínico (B, *behaviour*):

- B1: patrón inflamatorio, o no-obstructivo no-estenosante. Consiste en la presencia de úlceras superficiales, que se pueden convertir en más profundas e inflamación.

Los síntomas típicos son el dolor abdominal y la diarrea.

- B2: estenosante.

La enfermedad se caracteriza por la aparición de estenosis con dilatación preestenótica.

La clínica característica es la aparición de cuadros obstructivos o pseudoobstructivos, con náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal con dificultad para expulsión de gases.

Se caracteriza por una menor respuesta al tratamiento médico y mayor necesidad de cirugía.

- B3: penetrante o fistulizante.

En esta categoría se incluyen tres tipos de presentaciones clínicas: perforación libre, perforación con formación de abscesos y masas intraabdominales y aparición de fistulas internas o externas.

Las fistulas externas aparecerán entre el segmento intestinal enfermo y la piel (fistulas enterocutáneas); las fistulas internas,

hacia estructuras internas, generalmente intraabdominales o pélvicas (fístulas enteroenterales, enterocólicas, enterovesicales o uretrales, enterovaginales).

Este patrón de la enfermedad se caracteriza por recurrencias frecuentes y necesidad de cirugía.

- p: se añade a cualquiera de las anteriores sin hay afectación perianal. La EC puede asociarse o debutar (10% de los casos) con enfermedad perianal (EPA) consistente en fisuras, fístulas, úlceras, estenosis o abscesos. La definición de la EPA se hace en base a distintas clasificaciones, siendo las más empleadas la de Parks y la de la *American Gastroenterological Association* que se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Clasificación de Parks de las fístulas			
A. Fístula superficial			
B. Fístula interesfinteriana			
C. Fístula transesfinteriana			
D. Fístula supraesfinteriana			
E. Fístula extraesfinteriana			
Fístulas bajas	→	Simples	
Fístulas altas	→	Complejas	
Parks AG et al. Br J Surg 1976;63:1-12			

- Manifestaciones intestinales y clasificación de la Colitis Ulcerosa

Los síntomas guía de la CU son la diarrea mucosanguinolenta diurna y/o nocturna, el dolor abdominal tipo cólico de localización variable y el sangrado rectal, con o sin urgencia y tenesmo asociados. Es frecuente la emisión anal de pujos de moco y sangre reiterados que suele traducir la

afectación rectal severa. En colitis más extensas pueden asociarse síntomas sistémicos como pérdida de peso, febrícula o fiebre, malestar general e hiporexia.

Un 15% de los pacientes pueden debutar como casos graves con hemorragia digestiva baja, perforación colónica o megacolon tóxico

Al igual que ocurrió para la EC, en el año 2005 se propone la clasificación de Montreal para la CU (28,29).

- Clasificación de la CU en función de la extensión:
 - E1: Proctitis ulcerosa. La enfermedad se limita al recto, o como máximo a la unión rectosigmoidea.
 - E2: Colitis izquierda. La afectación se extiende hasta el ángulo esplénico.
 - E3: Colitis extensa o Pancolitis. La endoscopia objetiva inflamación más allá del ángulo esplénico.
- Clasificación de la CU en función de su gravedad:
 - S0: Colitis en remisión. Sin síntomas de la enfermedad.
 - S1: Colitis leve. Presencia de cuatro o menos deposiciones diarias, con o sin sangre, ausencia de síntomas sistémicos y marcadores de inflamación normales.
 - S2: Colitis moderada. Cinco o más deposiciones diarias pero con mínimos síntomas de afectación sistémica.
 - S3: Colitis grave. Al menos 6 deposiciones diarias, acompañadas de signos sistémicos de toxicidad (fiebre, taquicardia, anemia y elevación de la velocidad de sedimentación).

La extensión de la CU permite individualizar el tratamiento, de forma que en proctitis se podrán emplear supositorios, en las colitis izquierdas preparados

en forma de enemas o espuma y en la extensa será necesaria la utilización de medicación por vía oral (29).

La extensión también tiene influencia en el pronóstico; los pacientes con colitis extensa sufren más hospitalizaciones, tienen un mayor riesgo de colectomía y de cáncer colorectal.

- Manifestaciones extraintestinales

La EIIC debe considerarse como un trastorno sistémico ya que, con frecuencia, aparecen síntomas y signos extraintestinales que no siempre coinciden con la actividad de la EIIC de base.

En diferentes series de la literatura, la frecuencia de las manifestaciones extraintestinales (MEI) de la EIIC oscila entre el 10 y el 50%. Por otro lado, el desarrollo de una MEI parece incrementar la susceptibilidad a padecer otras (30).

Las MEI se pueden dividir en dos grupos, las MEI de tipo inmune y las MEI no relacionadas con la inmunidad:

1. MEI de tipo inmune, a su vez se subdividen en:
 - 1.a) MEI autoinmunes reactivas, que aparecen durante los brotes de la EIIC, reflejando un mecanismo patogénico común. Las más importantes son: estomatitis aftosa, artritis, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, iritis y uveítis.
 - 1.b) El segundo incluye muchas enfermedades autoinmunes, independientes de la EIIC, que reflejan solo una mayor

susceptibilidad a la autoinmunidad, como pueden ser colangitis esclerosante primaria, pancreatitis autoinmune, etc.

2. MEI no relacionadas con la inmunidad. En este grupo se incluirían las MEI no inmunes, que aparecen en el curso de la EIIC, debidas a anormalidades anatómicas o metabólicas relacionadas directamente con la EII o por efectos secundarios de los fármacos empleados en su tratamiento.

Forman parte de este grupo: lesiones vasculares de tipo tromboembólico, osteoporosis, anemia, amiloidosis, litiasis renal y biliar.

A continuación se exponen las más relevantes por su frecuencia o por su severidad y distribuidas por aparatos.

Manifestaciones oculares

Las manifestaciones oculares aparecen en menos del 10% de los casos y pueden preceder al diagnóstico de EIIC y a menudo coexisten con otras, en especial, artritis y eritema nodoso (31).

- Epiescleritis: Es la complicación ocular más frecuente. Típicamente, aparece coincidiendo con un brote de la enfermedad y muchas veces se resuelve con el tratamiento del mismo.
- Escleritis: Esta situación es potencialmente grave ya que puede desembocar en un desprendimiento de retina o en un edema papilar con la consiguiente disminución de la visión.
- Uveítis: Comporta una verdadera urgencia oftalmológica. Esta afección supone la inflamación de la capa vascular del ojo, afectando

al vítreo, la coroides e incluso la retina. Con frecuencia, la uveítis asociada a EIIC se relaciona con manifestaciones cutáneas y articulares.

Manifestaciones articulares

Son probablemente la MEI más frecuente. Se incluyen dentro del grupo de las espondiloartropatías seronegativas. Existen dos formas clínicas principales: la artritis periférica, que a su vez se subdivide en tipo 1 y tipo 2 y la artritis axial (32).

- Artritis periférica:
 - Tipo 1 o pauciarticular, que afecta a menos de cinco articulaciones. Cursa en brotes subagudos autolimitados que suelen coincidir con brotes de la EIIC.
 - Tipo 2 o poliarticular, en la que se afectan 5 o más articulaciones. Sus síntomas persisten durante meses o años con independencia del curso de la EIIC.

Las articulaciones frecuentemente más afectadas son las rodillas, los tobillos y las de los dedos de manos y pies.

- Artritis axial:

Se comporta como una espondilitis anquilosante idiopática o como una sacroileítis (33).

Manifestaciones dermatológicas

Aproximadamente, una tercera parte de las MEI de la EIIC afectan a la piel y mucosas (34). Las más importantes por su frecuencia son:

- Eritema nodoso: Alrededor del 10% de los casos de eritema nodoso se asocian a EIIC, tanto CU como EC. Clínicamente, se caracteriza por la aparición brusca de nódulos subcutáneos múltiples, bilaterales,
- Pioderma gangrenoso: Es una dermatosis neutrofílica ulcerativa grave de carácter no infeccioso. Es más frecuente en la CU que en la EC. El pioderma gangrenoso puede preceder, coincidir o seguir al diagnóstico de la EIIC. Los corticoesteroides sistémicos se consideran, en general, como el tratamiento de elección, dejando para los casos refractarios la ciclosporina A y el infliximab (35).
- Manifestaciones orales: incluyen estomatitis aftosa, nodularidad mucosa y pioestomatitis vegetante. Estas manifestaciones aparecen en alrededor del 10% de los pacientes con EIIC (sobre todo en EC) y pueden preceder al diagnóstico de esta última.

Manifestaciones hepatobiliares

La más frecuente de las manifestaciones hepatobiliares de base inmune en estos pacientes es la Colangitis esclerosante primaria, pero se han descrito otras como la Hepatitis autoinmune y Síndrome de *overlap*.

La Colangitis esclerosante primaria es una hepatopatía crónica colestásica caracterizada por la inflamación y fibrosis de los conductos biliares intra y extrahepáticos que conduce a cirrosis. La mayor parte de los casos de ésta enfermedad se asocian a EIIC, la cual casi siempre precede al desarrollo de

la hepatopatía. La frecuencia de ésta entre los pacientes con EIIC es, sin embargo, relativamente baja. De hecho, sólo llegan a padecerla del 2 al 4% de los pacientes con CU, y del 1,5 al 3,5% de los pacientes con EC.

La sospecha se establece por la alteración de las pruebas de laboratorio (el hallazgo más característico es la elevación de la fosfatasa alcalina y de la gamma-glutamyltransferasa) y para su confirmación cada vez más se utiliza la colangiografía mediante técnicas de resonancia magnética nuclear, que ha mostrado tener una precisión diagnóstica superior al 90% (36).

1.6. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

El diagnóstico, en ambas entidades, se basa en tres pilares que son: criterios clínicos y analíticos, endoscópicos e histológicos (37).

En los años 80 se establecieron los criterios de Lennard-Jones para el diagnóstico de la EC y CU (38), se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: Criterios de Lennard-Jones para el diagnóstico de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa		
Criterios diagnósticos	Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal recurrente, diarrea, pérdida de peso, masa abdominal, fiebre o febrícula, enfermedad perianal, fístulas, manifestaciones extraintestinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Rectorragia, diarrea crónica, dolor abdominal, manifestaciones extraintestinales
Radiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras aftoides, lineales o en espina de rosal, úlceras longitudinales, pólipos inflamatorios, edema de las válvulas conniventes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mucosa granular, úlceras espiculares, pseudopólipos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estenosis, dilatación, fístulas, asimetría de las lesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrechamiento de la luz, acortamiento del colon, pérdida de haustración.
Endoscópicos	<ul style="list-style-type: none"> • Colon: aftas, ulceraciones lineales profundas o serpinginosas, aspecto en empedrado, estenosis, orificios fistulosos, pseudopólipos y pólipos; lesiones característicamente segmentarias, de extensión variable con recto mayoritariamente preservado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mucosa eritematosa, granular, edematosa y/o friable, exudado o ulceraciones, hemorragia al roce o espontánea.
	<ul style="list-style-type: none"> • Íleon: aftas, úlceras, estenosis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pólipos y pseudopólipos.
		<ul style="list-style-type: none"> • Afectación mucosa continua.
		<ul style="list-style-type: none"> • Lesión casi constante del recto.
Anatomopatológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores: inflamación transmural, granulomas no caseificantes, agregados linfoides sin centro germinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores: inflamación exclusiva de la mucosa, úlceras superficiales, distorsión de las criptas, microabscesos, deplección de las células caliciformes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Menores: inflamación de carácter discontinuo, inflamación de la submucosa con arquitectura epitelial conservada, retención de moco con inflamación crónica, fisuras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menores: infiltrado inflamatorio crónico, aumento de la vascularización mucosa, metaplasia de las células de Paneth, atrofia mucosa, hiperplasia linfoide.
Enfermedad definida	<ul style="list-style-type: none"> • Granulomas y otro criterio o ausencia de granulomas y tres criterios. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 criterios.
Enfermedad probable	<ul style="list-style-type: none"> • Dos criterios en ausencia de granulomas 	

- DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

No existe un patrón oro que permita establecer el diagnóstico de EC, por lo que, al igual que en la CU el diagnóstico surge de la combinación de hallazgos clínicos, analíticos, endoscópicos, histopatológicos y radiológicos (37).

Pruebas de laboratorio

Es frecuente la presencia de anemia, trombocitosis y/o leucocitosis. La proteína C reactiva (PCR) muestra una relación, en la mayoría de las situaciones, con la actividad inflamatoria y permite detectar cambios recientes en la misma. No es infrecuente encontrar una deficiencia de vitamina B12, ácido fólico, electrolitos y oligoelementos a consecuencia de una malabsorción por afectación de intestino delgado, con mayor frecuencia de íleon terminal.

Serología

Aunque con una baja tasa de sensibilidad, la positividad de anticuerpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* está presente en torno al 60% de pacientes con EC frente al 10-15% en pacientes con CU.

Marcadores fecales

En los últimos años se ha propuesto la determinación de marcadores de inflamación intestinal, como la calprotectina (proteína procedente de los neutrófilos que traduciría la migración de estos a través de la pared intestinal inflamada hasta la mucosa). Ofrece una alta sensibilidad diagnóstica, aunque es poco específica. Se ha propuesto para la distinción

frente a patología funcional y para la previsión de las recaídas en EIIC. Aún no se han determinado con exactitud unos niveles diagnósticos uniformes. Otros marcadores estudiados son la lactoferrina, la elastasa, la lisozima y el S100A12 (39).

Técnicas endoscópicas

- Ileocolonoscopia: suele ser la prueba inicial en ausencia de enfermedad activa grave, permite la toma de biopsias. En ella se aprecia una afectación discontinua de la mucosa de carácter segmentario, que afecta al íleon terminal y/o distintos segmentos colónicos. Las lesiones mucosas varían en gravedad, desde la presencia de aftas milimétricas rodeadas de mucosa edematosa y/o eritematosa, hasta las úlceras serpiginosas, de fondo fibrinoso y distintos tamaños, que pueden confluir o la llamada mucosa "en empedrado". Para el estudio de la afectación del tracto digestivo superior contamos con la endoscopia digestiva alta, que nos permite valorar la afectación mucosa hasta duodeno (40).

- Cápsula endoscópica: permite el estudio de la mucosa de intestino delgado en tramos más distales, el principal inconveniente de esta técnica es la retención de la misma, que se describe entre el 1 y 18% de los estudios. Es la técnica de mayor sensibilidad para el estudio del intestino delgado (83%), aunque su especificidad aún es pobre (53%)(41).

- Enteroscopia vía oral o rectal: constituye una técnica diagnóstica de segundo escalón. Permite la toma de biopsias de intestino delgado en aquellos casos en los que no existen lesiones en segmentos accesibles a endoscopia alta o ileocolonoscopia.

- Ecoendoscopia rectal: permite el estudio de la EPA, perfila el trayecto de las fístulas perianales y delimita los abscesos.

Histología

Se pueden apreciar datos de inflamación crónica en la lámina propia (incremento de linfocitos y células plasmáticas) focal o moteada de distribución segmentaria.

Las criptas pueden presentar irregularidad de forma discontinua (distorsión, ramificación o acortamiento). Presencia de granulomas (colección de histiocitos epitelioides poco delimitada) sin necrosis, situados en la lámina propia y no asociados a lesión activa de las criptas (solo es posible encontrarlo en un 30-40% de las biopsias).

No se ha definido el número de características que deben estar presentes para establecer el diagnóstico, aunque una sola de ellas no se considera suficiente. En el caso de pieza quirúrgica se exigen 3 características en ausencia de granuloma o la presencia de granuloma epitelioides habiendo descartado infecciones específicas (42).

Radiología

Las técnicas de imagen permiten definir la EC en cuanto a localización, extensión y grado de actividad inflamatoria.

Entre ellas la ecografía, resonancia magnética y tomografía axial computarizada son las más frecuentemente empleadas, pudiendo optar por las dos primeras en el estudio inicial, al estar exentas de radiación ionizante y ser poco invasivas, a la vez que alcanzan una buena

sensibilidad diagnóstica (84-90%, 93% y 84,3%, respectivamente) con una alta especificidad (95,6%, 92,8% y 95,1%)(43).

- DIAGNÓSTICO DE LA COLITIS ULCEROSA

Pruebas de laboratorio

Puede existir ferropenia o anemia, leucocitosis, trombocitosis, hipoproteinemia, elevación de reactantes de fase aguda como la VSG y/o la PCR. La PCR tiene una vida media corta y refleja cambios en la actividad inflamatoria de forma muy precoz (45).

Serología

La positividad aislada de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos perinucleares atípicos es más específica en la CU (88,5%), aunque con una baja tasa de sensibilidad (50-60%). La combinación anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos perinucleares positivos y anticuerpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* negativos puede ayudar en algunos casos a diferenciar la CU de la EC (sensibilidad: 51,3%, especificidad: 94,3%)(46,47).

Marcadores fecales

Ya descritos en el apartado de EC.

Técnicas endoscópicas

-Ileocolonoscopia: con toma de biopsias es la técnica básica de diagnóstico en ausencia de gravedad. Existe una afectación de la mucosa de carácter continuo en distintos segmentos colónicos.

La actividad inflamatoria puede ser leve (mucosa de superficie granujenta con edema, eritema, pérdida de brillo, ausencia de visualización de vascularización submucosa), moderada (microulceraciones, friabilidad al roce, exudado fibrinoso) o grave (úlceras mayores de 5 mm, confluentes, profundas, sangrado espontáneo). En periodos de inactividad inflamatoria o quiescencia, la mucosa se muestra atrofiada, con secuelas cicatriciales, la luz puede presentar tubulización, disminución de la haustración, acortamiento de longitud del colon o estenosis, y es frecuente la presencia de pseudopólipos inflamatorios y puentes de mucosa respetada. En colitis grave se debe plantear realizar rectosigmoidoscopia con mínima insuflación y sin preparación intestinal, para evitar complicaciones y demoras en el diagnóstico (43).

Histología

Los hallazgos histológicos que se pueden apreciar en la CU son:

-Alteraciones de la arquitectura de las criptas: ramificación de 2 o más criptas, distorsión de su mucosa con atrofia, irregularidades en su tamaño, superficie, espaciado, orientación o forma, con o sin signos de actividad, traducida por la presencia de neutrófilos en su epitelio (criptitis) o en su luz (abscesos criptales), aunque su presencia no es patognómica de CU.

-Datos de inflamación: Infiltrado inflamatorio crónico difuso en todo el espesor de la mucosa (células plasmáticas, linfocitos, histiocitos y eosinófilos), plasmocitosis basal (acumulación de células plasmáticas entre la base de las criptas y la *muscularis mucosae*) y /o presencia de agregados linfoides basales y engrosamiento difuso de la *muscularis mucosae*.

- Alteraciones del epitelio: metaplasia de células de Paneth en colon distal al ángulo esplénico y reducción del número de células caliciformes o depleción de mucina en su interior.

No se ha determinado el número de alteraciones necesarias para el diagnóstico de CU, aunque se establece con: la existencia de plasmocitosis basal, aumento celular intenso, difuso y transmucoso de la lámina propia y ensanchamiento de la mucosa o alteraciones de la arquitectura criptal (48).

Radiología

La radiografía simple de abdomen puede detectar signos indirectos como tubulización, acortamiento de la luz colónica o pérdida de haustración. Las técnicas con mayor resolución de imagen, como la resonancia magnética abdominal o la tomografía axial computarizada, pueden aportar información que sugiera CU y sus complicaciones.

Medicina nuclear

La gammagrafía con leucocitos autólogos marcados puede mostrar una captación patológica en zonas intestinales con actividad inflamatoria aguda y ser orientativa en cuanto a la extensión de la enfermedad, pero carece de especificidad para CU (49).

- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y LA COLITIS ULCEROSA

Para realizar el diagnóstico diferencial entre EC y CU es necesario apoyarse en las características clínicas, endoscópicas, radiológicas, histológicas y serológicas y en la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo. En la Tabla 3, se muestran las diferencias entre ambas entidades.

Tabla 3: Diferencias entre Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.		
	Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa
Diferencias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Predominan los síntomas sistémicos: malestar, adelgazamiento, fiebre • Diarrea de volumen mayor • Dolor abdominal a veces masa palpable • Enfermedad perianal 	<ul style="list-style-type: none"> • Predomina la rectorragia • Deposiciones pequeñas y numerosas • Tenesmo • Síntomas generales sólo en casos graves • Retortijones
Diferencias endoscópicas	<ul style="list-style-type: none"> • Recto frecuentemente afectado • Mucosa sana interpuesta entre lesiones • Aftas • Úlceras • Estenosis frecuente • Frecuente afectación ileal 	<ul style="list-style-type: none"> • Recto casi siempre afectado • Afectación casi siempre continua • Superficie mucosa granujienta • Pseudopólipos en formas crónicas • Úlceras sólo en casos graves • Rara afectación ileal (ileítis por reflujo)
Diferencias histológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación parcheada • La afectación se extiende más allá de la mucosa • Agregados linfoides • Granulomas (40%) • Fibrosis • Metaplasia pilórica • Neutrofilia de lámina propia • Hipertrofia de plexos nerviosos 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación difusa • Limitada a mucosa • Abscesos cripticos • Depleción de mucina y de caliciformes • Distorsión de la arquitectura

1.7. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

La valoración de la gravedad en la EIIC se puede hacer atendiendo a aspectos sintomáticos, endoscópicos, bioquímicos o biológicos y de pruebas de imagen. Algunos de éstos aspectos se agrupan formando índices útiles en circunstancias concretas, como es la evaluación de la respuesta a un tratamiento, la recidiva del paciente operado, la enfermedad fistulizante o la enfermedad perianal.

También deben tenerse en cuenta otros aspectos más o menos relacionados con la actividad de la enfermedad, como el impacto en la calidad de vida, el retraso en el crecimiento en los niños, los efectos adversos de los fármacos y las MEI (50).

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Índices clínicos en la EC:

- Índice de Best o *Crohn's Disease Activity Index* (CDAI): incluye 8 variables, 7 de ellas clínicas y un solo parámetro analítico (hematocrito). Precisa de 7 días para su cumplimentación y es un índice con una alta subjetividad (el dolor abdominal y el estado general suponen el 39% de su ecuación). Ha sido empleado para evaluar la eficacia terapéutica a diversos fármacos, pero no es apto para la práctica diaria (51).
- Índice de Van de Hees: evalúa 8 variables clínico-analíticas y la existencia de resección intestinal. Presenta dos objeciones: fue

basado en un estudio prospectivo y con una muestra pequeña (68 pacientes)(52).

- Índice de Harvey-Bradshaw: puntúa 5 variables clínicas. Su diseño fue prospectivo, realizado en 112 pacientes. Presenta una correlación positiva con el CDAI. Es un índice sencillo y cómodo para su cálculo y, por tanto, más empleado en la práctica clínica. La actividad de la enfermedad se clasifica según la puntuación sea: menor a 6 leve, 6-12 moderada o mayor a 12 grave (53,54).
- *Perianal Disease Activity Index* (PDAI): es el índice que mejor valora la calidad de vida en los pacientes con EPA, si bien, actualmente no existe ningún índice de actividad perianal que haya sido validado (55).

Índices endoscópicos en la EC

El índice endoscópico validado en la EC es el *Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity* (CDEIS). El cálculo del índice incluye la valoración de los distintos segmentos intestinales explorados. Puesto que este índice requiere un cálculo complejo, se ha desarrollado un índice simple, fácil de aplicar y con una correlación adecuada con el CDEIS, el *Simplified Endoscopic Activity Score for Crohn's Disease* (SES-CD)(56). El índice de Rutgeerts permite valorar la presencia y gravedad de recurrencia proximal a la anastomosis ileocolónica en el caso de los pacientes con resección quirúrgica (57).

Pruebas de laboratorio en la actividad de la EC

No en todos los casos la ileocolonoscopia nos permite confirmar la actividad ni los síntomas serán suficientes, por lo que las técnicas de imagen y de laboratorio han supuesto un gran avance a la hora de valorar la actividad inflamatoria. Entre las técnicas de laboratorio se encuentran los biomarcadores fecales, la PCR y la VSG.

La PCR elevada indica actividad, o una complicación infecciosa, y es también útil para predecir el riesgo de brote de actividad en un paciente en remisión.

La determinación en heces de lactoferrina y calprotectina tiene mejor correlación con la actividad endoscópica que la PCR sérica y mejor sensibilidad y especificidad en la predicción de la actividad (58,59). Los marcadores fecales serían de utilidad sobre todo en aquellos pacientes que presentan clínica, pero mantienen una PCR normal (59).

Pruebas de imagen en la actividad de la EC

En los últimos años, la enterografía por Resonancia nuclear magnética se ha posicionado como una excelente técnica para monitorizar la actividad inflamatoria. Además la posibilidad de realizar estudios dinámicos de captación de contraste permite distinguir la actividad inflamatoria de la fibrótica, según detecte edema, captación de contraste, engrosamiento de la pared intestinal o ulceración de la mucosa (60).

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LA COLITIS ULCEROSA

Índices clínicos en la CU:

- Índice de Truelove-Witts: es un índice cuantitativo que fue diseñado para evaluar la respuesta al tratamiento esteroideo. Diferencia entre enfermedad inactiva y brote leve, moderado o grave. Incluye seis variables sencillas y de fácil cálculo. Es el recomendado para identificar un brote grave por la ECCO (European Crohn`s and Colitis Organization) y por el ACG (American College of Gastroenterology)(61).
- Índice de Actividad o de Seo: también se basa en síntomas y datos de laboratorio como el número de deposiciones, sangre en las heces, albumina, hemoglobina y VSG, es de cálculo complejo.
- Índice de Ranchmilewitz: es también un índice cuantitativo. Constituido para valorar la eficacia de la mesalacina frente a sulfasalazina para el tratamiento de la CU. Ha sido validado, la remisión se define como un descenso en la puntuación de 4 puntos (61).
- Índices de Lichtiger y de Ho: son útiles en pacientes graves, y valoran la respuesta a ciclosporina. Entre sus variables incluyen el dolor abdominal, el peritonismo y la dilatación colónica (62). El de Lichtiger no está validado, el de Ho se ha validado en la predicción de falta de respuesta a ciclosporina y necesidad de cirugía.
- Índice de Walmsley o *Simple Clinical Colitis Activity Index* (SCCAI): es un índice clínico constituido a partir de otros índices, utiliza 6 variables clínicas. Su puntuación va de 0 a 19 puntos. Una

puntuación menor a 2 se considera remisión y una disminución de más de 2 puntos sobre la situación basal se considera respuesta (63).

Índices endoscópicos en la CU:

- Índice de la clínica Mayo o *Ulcerative Colitis Disease Activity Index* (UCDAI): elaborado mediante la conjunción de datos clínicos, endoscópicos y la valoración global del médico. El subíndice endoscópico es el más utilizado en la práctica clínica. El índice de Mayo predice la corticorrefractoriedad de un brote grave en caso de no haber mejoría a los 3 y 5 días del tratamiento. Este índice se emplea en numerosos estudios en los que se valora la respuesta a tratamientos, pero, ni el índice ni las definiciones de respuesta o remisión han sido validadas (64).
- Índices de Powell-Tuck-Sutherland y Sninsky: son índices clínico-endoscópicos que tienen en cuenta, además de datos clínicos, la hemorragia de la mucosa, su friabilidad o distintos hallazgos de la mucosa.

Pruebas de laboratorio en la actividad de la CU:

La actividad de la enfermedad también puede presumirse en base a biomarcadores. En sangre, la VSG, incluida en numerosos índices de actividad y, sobretodo la PCR se correlacionan con la actividad de la enfermedad. Ante un brote grave, el valor de la PCR por encima de 45 mg/dL, junto con más de 8 deposiciones al día tras tres días de tratamiento esteroideo, implica resistencia a corticoides (65).

La determinación en heces de lactoferrina y calprotectina, con mejor sensibilidad y especificidad, se correlaciona con la actividad endoscópica e histológica y pueden predecir la recaída en 6 o 12 meses (58).

1.8. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Los objetivos fundamentales del tratamiento médico en la EIIC son: evitar la mortalidad, inducir y mantener la remisión libre de esteroides y conseguir la mejor calidad de vida de los pacientes.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA EIIC

El arsenal terapéutico actual para el tratamiento de los pacientes con EIIC comprende la utilización de aminosalicilatos, corticoides, antibióticos, inmunomoduladores y fármacos biológicos.

➤ Aminosalicilatos

Los aminosalicilatos son fármacos que contienen en su estructura la molécula del ácido 5-aminosalicílico (5-ASA o mesalacina). Son uno de los principales agentes de tratamiento en la CU, tanto para la inducción de la remisión como para el mantenimiento de la misma, habiendo también demostrado ser eficaces en la profilaxis del desarrollo de carcinoma colorrectal en los pacientes con EIIC y afectación colónica (66–68).

Las principales indicaciones de los aminosalicilatos son:

- Inducción y mantenimiento de la remisión en el brote leve-moderado de CU.
- Inducción de la remisión en CU de cualquier extensión y mantenimiento de la CU distal.

Las dosis habitualmente empleadas son:

-Vía oral: sulfasalazina a dosis de 4gr/día para la inducción de la remisión y 2 gr/día para mantenimiento; 5-ASA a dosis mínima de 2.4 gr/día para inducción de remisión y dosis mínima de 1.5 gr/día para mantenimiento (66). Preferiblemente en dosis única diaria para favorecer el cumplimiento terapéutico (69).

-Vía rectal: supositorios en proctitis, espuma en rectosigmoiditis y enemas en colitis izquierda.

-Los efectos secundarios de los salicilatos:

Sulfasalazina: Los más frecuentes (se presentan hasta en un 33% de los pacientes) se producen sobre el sistema nervioso central (cefalea y vértigos) y a nivel digestivo (anorexia, náuseas, vómitos y dolor abdominal). En un 10-20% de los casos obliga a suspender el tratamiento (70). También se ha descrito oligospermia en el 72% de los varones tratados, reversible tras 3 meses de suspensión del fármaco.

5-ASA: la mesalacina tiene un excelente perfil de seguridad. Sus efectos secundarios son raros, pudiendo producir cuadros de hipersensibilidad (neumonitis, miocarditis), y, nefritis intersticial.

➤ Corticoides

Los esteroides son fármacos de primera línea para el control de los brotes moderados-graves de los pacientes con EIIC (71,72). En los estudios poblacionales, se demuestra que un 43-75% de pacientes con EC y un 34-63% de pacientes con CU precisaran tratamiento con esteroides en algún momento de la enfermedad (73).

Se pueden dividir en corticoides sistémicos convencionales (hidrocortisona, prednisona, 6-metilprednisona, deflazacort; con una gran biodisponibilidad y una toxicidad muy significativa), corticoides sistémicos de acción local (budesonida, dipropionato de beclometasona; corticoides de baja disponibilidad) y corticoides tópicos (triamcinolona, budesonida y dipropionato de beclometasona).

La dosis habitual de corticoides sistémicos orales convencionales para el manejo de un brote moderado de EIIC es de 1mg/kg/día de prednisona oral y en casos de brote grave se trataría con 1 mg/kg/día de prednisona endovenosa (73,74). La budesonida oral se emplea a dosis de 9 mg/día y el dipropionato de beclometasona a dosis de 5 mg/día.

-Las principales indicaciones de los corticoides son inducción de la remisión en:

- Brote leve-moderado de CU distal: se debe valorar el empleo de corticoides rectales en pacientes sin respuesta o con contraindicaciones para 5-ASA rectal.
- Brote moderado de CU: corticoide clásico o beclometasona oral.
- Brote grave de CU o EC: corticoides clásicos.

- Brote leve-moderado de EC ileocecal/colon derecho: budesonida oral o corticoide clásico.
- Brote moderado de EC no ileal: corticoide clásico.

Los corticoides no están indicados en el tratamiento de mantenimiento de la EIIC ya que no alteran la historia natural de la enfermedad al no ser capaces de conseguir la cicatrización mucosa y por sus importantes efectos adversos a largo plazo (72,75).

-Efectos secundarios de los corticoides:

Los corticoides tienen un importante número de efectos adversos, apareciendo hasta en un 50% de los pacientes (73,75), se pueden dividir en:

- Agudos: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, retención hídrica, "cara de luna llena", acné, aumento del vello, redistribución de la grasa corporal ("giba de búfalo"), descompensación de diabetes, leucocitosis, insomnio, labilidad emocional e incluso brotes psicóticos. Estos efectos secundarios desaparecen al retirar el fármaco.
- Crónicos: miopatía proximal, neuropatía, infecciones, catarata subscapular posterior, glaucoma, necrosis avascular ósea, atrofia suprarrenal, retraso del crecimiento y pérdida de la densidad mineral ósea.

Existen dos conceptos reseñables en relación al tratamiento corticoideo y la EIIC:

- Corticodependencia: pacientes en los que no es posible disminuir la dosis de prednisolona (o equivalente) por debajo de 10 mg/día (o budesonida por debajo de 3 mg/día) a los tres meses del inicio del tratamiento con corticoides o aquellos que presentan una recaída clínica en los tres meses siguientes a la suspensión de corticoides
- Corticorrefractariedad: pacientes en los que persiste la enfermedad activa a pesar del tratamiento con prednisona oral a dosis mayor a 0.75 mg/kg/ día durante 4 semanas (37).

➤ Inmunomoduladores

Se estima que entre el 10 y el 30% de los pacientes con EIIC son refractarios al tratamiento esteroideo convencional, y que entre un 20 y un 30% desarrollan una enfermedad corticodependiente. Los inmunomoduladores clásicos (en especial azatioprina y 6-mercaptopurina) se consideran los fármacos de elección para el manejo de estas situaciones. Por otra parte, la ciclosporina A ha sido, hasta que se ha tenido evidencia de la eficacia del infliximab, el principal fármaco para el tratamiento del bote agudo grave de CU refractaria a esteroides.

- Tiopurinas: azatioprina, 6-mercaptopurina

La azatioprina y su derivado 6-mercaptopurina son los inmunomoduladores más ampliamente empleados para el tratamiento de la EIIC.

Las tiopurinas son metabolitos derivados de las bases purínicas que constituyen los ácidos nucleicos; inhiben la síntesis de purinas de novo interfiriendo en la del DNA y, por tanto, en la proliferación celular.

Estos fármacos son análogos de las purinas que deben metabolizarse mediante diversas reacciones enzimáticas hasta formar nucleótidos de la 6-tioguanina para ejercer su acción. Una de las enzimas involucradas en este metabolismo es la tiopurin-metil-transferasa (TPMT), cuya actividad está determinada genéticamente de manera que, la raza caucásica presenta una actividad normal de esta enzima en un 89% de la población, un 10.7% presenta actividad intermedia y un 0.3% no tiene actividad por la mutación de los dos alelos del gen (76,77). Por tanto, una actividad baja de TPMT determinara un acumulo de 6-tioguanina que derivara en la metabolización de 6-metilmercaptipurina a través de otras vías enzimáticas, con su potencial toxicidad farmacológica. Con el fin de evitar la mielosupresión asociada a una actividad deficiente o ausente de TPMT previo al inicio del tratamiento es recomendable estimar la actividad de la TPMT.

Las indicaciones de las tiopurinas en la EIIC son (72,78–82):

- EIIC corticorretractaria y corticodependiente.
- Pacientes con contraindicaciones o que desarrollan efectos secundarios significativos de los esteroides.
- Retraso del crecimiento en niños con EIIC activa.
- Prevención de la recurrencia post-quirúrgica en la EC.
- EC con patrón fistulizante, como tratamiento de primera línea.
- Reservoiritis refractaria a tratamiento antibiótico o esteroideo.

La dosis efectiva de azatioprina en el tratamiento de la EIIC es de 2.5 mg/kg/día; la de 6-MP es de 1.5 mg/kg/día.

Los efectos adversos que produce la azatioprina se clasifican en idiosincrásicos o alérgicos y en dosis-dependiente. Los efectos adversos de tipo alérgico incluyen pancreatitis, rash y fiebre, mientras que los dosis-dependientes incluyen mielotoxicidad (linfopenia, leucopenia) y hepatotoxicidad. Los efectos adversos más frecuentes son las reacciones de hipersensibilidad, pancreatitis, mielotoxicidad, infecciones, intolerancia digestiva y linfoma.

- Metotrexato

Es un potente antagonista del ácido fólico, con efecto citotóxico y antiinflamatorio, que se ha utilizado en otras enfermedades crónicas de naturaleza inmunológica, como la artritis reumatoide, la psoriasis o la polimiositis.

El metotrexato está indicado en la inducción de la remisión y su mantenimiento en pacientes con EC activa no respondedores o intolerantes a las tiopurinas a dosis de 25 mg/día por vía oral, subcutánea o intramuscular (72). No hay evidencia a favor de su empleo en pacientes con CU, dado que los estudios disponibles son de diseño inadecuado y presentan resultados controvertidos.

Los efectos secundarios del metotrexato, como la mielotoxicidad, mucositis, toxicidad gastrointestinal o alteraciones hepáticas, están relacionados con su mecanismo de acción. En un 10-18% de los pacientes se retira el tratamiento por efectos adversos (83).

- Ciclosporina A

La ciclosporina A es un inhibidor de la calcineurina que actúa inhibiendo las citocinas proinflamatorias, especialmente la interleucina 2 y el interferón-gamma. Es eficaz en la inducción de la remisión en los pacientes con CU corticorrefractaria. Ha sido la única alternativa a la proctocolectomía en la CU refractaria a esteroides hasta la irrupción del infliximab. Los estudios disponibles sitúan su eficacia en alrededor del 70% para conseguir la remisión inicial. Se administra por vía endovenosa a dosis de 4 mg/Kg/día repartida en dos dosis diarias y requiere monitorización para ajustar dosis a niveles terapéuticos y evitar toxicidad (84,85). Sus efectos adversos más frecuentes son la nefrotoxicidad, hipertensión arterial, hiperplasia gingival, hipertrichosis y náuseas (86).

- Otros inmunomoduladores

El tacrólimus es un fármaco inmunosupresor con efecto anticalcineurínico con un perfil de seguridad más favorable que la ciclosporina A y puede administrarse por vía oral; la experiencia con el empleo de tacrólimus en la EIIC es todavía muy escasa. Los resultados provenientes tanto de estudios observacionales como de los estudios controlados con placebo en pacientes con CU grave corticorrefractaria, sugieren un papel como alternativa a ciclosporina A e infliximab (87). El micofenolatomofetil es un antimetabolito empleado en la prevención de rechazo de trasplante de órganos sólidos y médula ósea. Los datos disponibles sobre su eficacia en EIIC provienen de estudios no controlados y series abiertas y sus resultados son heterogéneos (88).

➤ Agentes biológicos

○ Anticuerpos monoclonales anti-TNF α

La diana molecular de los anticuerpos monoclonales más empleados hasta la fecha es el anti-TNF- α , una citoquina central en la cascada inflamatoria y en la respuesta inmune adaptativa. El infliximab y el adalimumab son fármacos aprobados para el tratamiento de la EIIC, tanto en la población pediátrica como en adultos (37,72). Sus indicaciones son (89–93):

- Tratamiento de la EIIC (EC y CU) activa de moderada a grave en adultos que han tenido una respuesta inadecuada al tratamiento convencional, incluidos los esteroides e inmunomoduladores o que presentan intolerancia o contraindicaciones a los mismos. Esto incluye el tratamiento de la inducción de la remisión de la EIIC moderada a grave corticorrefractaria.
- EC con patrón fistulizante abdominal y perianal.
- Tratamiento de mantenimiento de la EIIC (EC y CU) tras remisión inducida por anti-TNF α .
- Prevención de la recurrencia postquirúrgica en EC en pacientes de mayor riesgo.
- Manifestaciones extraintestinales graves de la EIIC, como el pioderma gangrenoso o la espondilitis anquilosante.
- EC del reservorio ileo-anal y reservoritis crónica refractaria a tratamientos convencionales.

El infliximab se administra por vía endovenosa, la dosis recomendada para la inducción de la remisión es de 5 mg/Kg en semanas 0,2 y 6, seguida de 5

mg/kg cada 8 semanas en caso de respuesta favorable, como tratamiento de mantenimiento de la remisión (89).

La dosis de adalimumab indicada para el tratamiento de la inducción de la EIIC activa es 160 mg por vía subcutánea en semana 0, seguidos de 80 mg en semana 2; para el mantenimiento de la remisión, en aquellos pacientes con respuesta favorable, la pauta es de 40 mg cada 2 semanas, independientemente del peso del paciente (92).

El golimumab ha sido recientemente aprobado para el tratamiento de la CU. Su indicación es el tratamiento de la CU activa de moderada a grave en adultos que han tenido una respuesta inadecuada al tratamiento convencional, incluido esteroides e inmunomoduladores, o que presentan intolerancia o contraindicaciones a los mismos (94).

Los efectos adversos de los anti-TNF son:

-Reacciones a la infusión a infliximab y reacciones locales a la inyección de adalimumab.

-Inmunogenicidad: los anticuerpos monoclonales anti-TNF α inducen la formación de anticuerpos antinucleares y en ocasiones anti-DNA de doble cadena, su presencia no implica suspensión del tratamiento, sólo en caso de aparición de síndrome lupus-like.

-Aumento de susceptibilidad a infecciones.

LEUCOCITOAFÉRESIS

Este sistema de citoaféresis moviliza granulocitos, monocitos-macrófagos sin o con linfocitos, empleando un sistema de columna de acetato de celulosa. Los datos procedentes del único estudio aleatorizado ciego no parecen confirmar la eficacia de la aféresis. Sin embargo, otros estudios sugieren que en pacientes corticodependientes, el añadir aféresis puede seguirse de una respuesta clínica. Por otra parte, es una técnica bien tolerada y con escasos efectos adversos (95).

Las indicaciones para el uso de leucocitoaféresis son:

- CU corticodependiente con fracaso o intolerancia a inmunosupresores.
- CU corticorrefractaria de forma crónica.
- CU activa con toxicidad previa grave secundaria a corticoides.
- EC sin respuesta a todo tipo de tratamiento convencional incluyendo corticoides e inmunosupresores y que presenten contraindicaciones o falta de respuesta a terapia biológica.

CIRUGÍA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

A pesar de los avances en el tratamiento médico de la EIIC, alrededor del 40% de los casos de CU y entre un 70-80% de los pacientes con EC requieren tratamiento quirúrgico durante el curso evolutivo de su enfermedad (72,96,97).

➤ Cirugía en la Colitis Ulcerosa

El tratamiento de la CU es eminentemente médico, pero la cirugía juega un papel relevante en el curso de la enfermedad, ya que, aproximadamente una tercera parte de los pacientes con CU precisan cirugía a lo largo de su vida. La cirugía en la CU es potencialmente curativa y comporta la extirpación del colon y el recto, en la mayoría de los casos se trata de cirugía electiva, pero en un 10% de los casos debe practicarse una intervención urgente.

-Indicaciones de cirugía electiva en la CU:

- Cirugía por pérdida de respuesta o complicaciones del tratamiento médico. Es importante consensuarlo con el paciente ya que existen múltiples factores que influyen en la decisión y algunos dependen de la percepción del paciente sobre la afectación de la calidad de vida.
- Cirugía en la displasia y el cáncer colorrectal: durante las colonoscopias de vigilancia que se efectúan a los pacientes con CU se puede identificar si la mucosa del colon sufre un proceso de transformación maligna, lo que permite conocer los pacientes con mayor riesgo de presentar carcinoma colorrectal. La displasia puede ser de bajo, medio o alto grado. En el caso de que la displasia sea de alto grado, el riesgo de cáncer colorrectal es de hasta un 32% con lo que la indicación de colectomía ofrece pocas dudas.
- Retraso del crecimiento en los niños con CU: generalmente sucede en casos de CU extensa, en niños en los que fracasa el tratamiento con inmunosupresores y/o anti TNF.

-Indicaciones de cirugía urgente en la CU: está indicada en aquellos casos en los que el paciente presenta una CU grave o complicaciones que ponen en peligro su vida, como pueden ser la perforación, la hemorragia masiva o el megacolon tóxico.

La técnica y el momento de la cirugía dependen de la urgencia del tratamiento quirúrgico. La proctocolectomía restauradora con anastomosis y creación de un reservorio ileoanal es, actualmente el procedimiento óptimo, ya que ofrece a los pacientes una imagen corporal sin alteraciones, al preservar la vía anal para la defecación y sin necesidad de ostomías, aunque la calidad de vida después de esta cirugía no se comparado con la de ileostomía permanente. En los casos en que exista afectación del estado general del paciente, desnutrición o tratamiento corticoideo a dosis iguales o superiores a 20 mg/día se recomienda cirugía en dos tiempos(98-100).

➤ Cirugía en la Enfermedad de Crohn

Dado que el tratamiento quirúrgico en la EC no es definitivo, existe evidencia científica suficiente que indica que la resección amplia no es necesaria y puede ser nociva, ya que puede tener como consecuencia final un síndrome de intestino corto (101).

- Cirugía de la EC del intestino delgado y del colon:

El síndrome oclusivo es la indicación más frecuente, con un riesgo del 50%, aproximadamente cuando la enfermedad es ileo-cólica y de un 10% si se localiza en el colon. La intervención está indicad en los casos en los que los síntomas de oclusión persistan a pesar del tratamiento médico, cuando la oclusión no va a acompañada de actividad inflamatoria o cuando es total. La

resección intestinal con anastomosis latero-lateral mecánica es la técnica más empleada (102). En lesiones estenosantes, cortas, alternas y múltiples se puede plantear la estricturoplastia, que es una técnica conservadora que permite preservar segmentos de intestino. En los casos en los que es necesario practicar una proctocolectomía total está contraindicada la realización de reservorios ileoanales, por lo que la cirugía obliga a una ileostomía terminal permanente.

-Cirugía de la EC fistulizante:

El tratamiento inicial de la EC fistulizante es médico, siempre que lo permita el estado general del paciente. La cirugía se reserva para los casos en que fracasa el tratamiento médico (103).

-Cirugía en la EC perianal:

En estos casos también es válido el principio de la cirugía conservadora, siendo muy cuidadoso para evitar el riesgo de lesión de los esfínteres. El tratamiento quirúrgico es necesario en todos los casos de enfermedad compleja, incluyendo el drenaje de los abscesos y la colocación de sedales.

El abordaje de las fistulas perianales depende del tipo. Las fistulas interesfinterianas o superficiales sintomáticas deben tratarse mediante fistulotomía. En el resto de fistulas complejas deben tratarse mediante la colocación de sedales a modo de drenaje.

En el caso de las fistulas anovaginales el tratamiento es igualmente la colocación de sedales, pero si estos no son bien tolerados, también puede realizarse plastias de avance mucosa endoanal.

2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

2.1. MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La EC y la CU son enfermedades crónicas que tienen un importante impacto en la vida de los pacientes. Así, la evaluación clínica del paciente afecto de EIIC requiere estar integrada en un modelo biopsicosocial, que incluya el funcionamiento psicológico y social del paciente, además de las variables físicas de la enfermedad (104). Los pacientes diagnosticados de EIIC son, habitualmente, jóvenes laboral y socialmente activos por lo que todas esas esferas de la vida se ven afectadas con la presencia de la enfermedad. Actualmente existe consenso en afirmar que los factores emocionales deben tenerse en consideración y que la práctica clínica debe entenderse dentro de un modelo biopsicosocial (105). Únicamente valorando todos los aspectos que paralelamente pueden modular la evolución de la enfermedad se puede conseguir llevar una vida lo más normal posible, evitando al máximo las repercusiones biológicas, psicológicas o sociales.

Un equipo de Toronto estudió cuales eran las principales preocupaciones y miedos de los pacientes con EIIC (106). La falta de energía, la sensación de pérdida de control de la enfermedad, los cambios en la imagen corporal, los sentimientos de soledad y miedo al cáncer, el sentimiento de ser una carga, las limitaciones reales o subjetivas en general, el temor a no ser aceptado

por la pérdida de control de las deposiciones y la falta de abordaje de los aspectos emocionales en las visitas médicas fueron las preocupaciones básicas y específicas de éstos pacientes.

En los primeros años tras describirse la EIIC se pensaba que era una enfermedad psicosomática y que la ansiedad y la depresión jugaban un papel fundamental. Muchos estudios han debatido desde el descubrimiento de la enfermedad sobre el papel de estrés, la depresión y la ansiedad en la EIIC, algunos de ellos postulan a favor y otros lo hacen en contra.

También, se ha debatido si los pacientes con EIIC presentan unos rasgos de personalidad determinados que podrían jugar un papel en la evolución de la EIIC, pero los resultados son también controvertidos (107–109). No obstante, sí parece que ciertos rasgos de la personalidad como el neuroticismo o la alexetimia (dificultad para reconocer y verbalizar emociones y disminución en la habilidad de regularlas y expresarlas) pueden repercutir en el enfrentamiento a la enfermedad en cuanto a que éstos pacientes presentan un seguimiento clínico menor, un bajo funcionamiento psicológico y una peor calidad de vida (110–112).

2.2. CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

El uso de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud ha aumentado considerablemente en los últimos años ya que las medidas de resultado tradicionales no son lo suficientemente sensibles para analizar el impacto de determinadas intervenciones sobre el paciente. Esto es debido a

que, además de los síntomas habituales (diarrea, rectorragia, dolor abdominal etc.), los pacientes suelen referir con frecuencia fatiga, alteraciones de la calidad del sueño, incapacidad para realizar sus funciones habituales o para disfrutar de actividades de ocio, lo que contribuye a deteriorar su calidad de vida.

En los últimos años la calidad de vida en el paciente con EIIC ha pasado de considerarse un aspecto meramente psicológico a tenerse en cuenta como un reflejo de la severidad de la enfermedad y englobarse dentro de los índices de actividad.

La calidad de vida en los pacientes con EIIC está alterada, tanto en los periodos de actividad como en los de remisión, incluso cuando hay curación mucosa (113,114). Probablemente es debido, no sólo a la afectación puramente médica, sino también a factores psicológicos asociados (115,116).

Una de las preguntas más frecuentes ante un nuevo diagnóstico de EIIC es si es mejor padecer CU o EC, por lo que es importante conocer cuál de las dos enfermedades limita más la calidad de vida. Discernir si la afectación es similar en la CU y la EC es complicado, puesto que requiere del uso de cuestionarios con una elevada capacidad discriminante por lo que los resultados de los estudios son dispares. Según los estudios disponibles, la calidad de vida se limita de forma similar en las dos entidades cuando están en situación de brote, pero en las remisiones la EC puntúa con peor función en lo que se refiere a la actividad diaria, dolor, ansiedad y depresión (117,118). La administración del cuestionario IBDQ a un grupo de 116 pacientes con CU y a 95 con EC mostró que tanto la puntuación global del

cuestionario como las 5 dimensiones del mismo fue similar para ambas enfermedades (119). Estudios de análisis de regresión para determinar la influencia del tipo de enfermedad sobre la calidad de vida también han demostrado que, para la mayoría de las dimensiones, la afectación es similar entre ambas (119).

2.2.A- IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

La incorporación de mejorar la calidad de vida de los pacientes con EIIC a los objetivos terapéuticos es importante, puesto que conlleva no sólo una mayor sensación de bienestar al paciente sino también un menor consumo de los recursos sanitarios (120).

Es importante conocer cómo influyen las actuaciones médicas en la calidad de vida de los pacientes:

- La información y los programas educativos parecen mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, aunque algunos estudios apuntan que puede haber un cierto empeoramiento de la percepción de ésta, sobretodo en pacientes recientemente diagnosticados. Pero quizá sea debido más a una actitud de no aceptación de la propia enfermedad que a la información que se le facilita (121,122).
- En el estudio de Thirlby y cols. se ha demostrado que los pacientes con indicación quirúrgica mostraban una pobre calidad de vida, pero ésta mejoraba tras la cirugía de forma significativa y se mantenía por lo menos durante 6 años. Sin embargo, otros trabajos indican que a

pesar de una buena respuesta al tratamiento quirúrgico, hay un 14-28% de los pacientes en los que no se han cumplido las expectativas que tenían antes de la intervención. Estos datos corresponden a la recidiva postquirúrgica precoz (en pacientes con EC) y morbilidad de los reservorios (en CU tras colectomía) (123). Con respecto a la relación de la calidad de vida con la presencia de ileostomía o reservorio, en un estudio de Awad y cols. con 113 pacientes portadores de ileostomía, un 93% estaba satisfecho (124).

- Una nutrición deficiente, la anemia y los estados de ansiedad y depresión parecen corresponder a una peor calidad de vida (125). La mejoría de la nutrición y la ganancia de peso en estos pacientes mediante la administración de suplementos nutricionales adecuados, mejora todos los parámetros de calidad de vida analizados por el *Nottingham Health Profile* (126).
- También se han evaluado diferentes fármacos, y se ha comprobado que existe una mejoría de la calidad de vida en las siguientes situaciones:
 - La mesalacina administrada a dosis de 4 gr/día consigue mejorar los índices clínicos de actividad y la percepción de calidad de vida, tanto en los brotes de actividad de CU como de EC. Este efecto depende de la dosis, no apreciándose a dosis bajas de mesalacina (127,128).
 - El tratamiento esteroideo también consigue mejorar la calidad de vida en las primeras 4 semanas de su administración (129). La budesonida a dosis de 9mg/día, en la EC ileocólica como alternativa a los corticoides clásicos en los brotes leves-

moderados de EC, mejora los índices clínicos de actividad y también de forma significativa la puntuación de calidad de vida (130–132).

- El metotrexato intramuscular en la EC corticorretractaria consigue a partir de la cuarta semana un incremento en la calidad de vida superior al del placebo (133).
- La azatioprina o 6-mercaptopurina mejora la calidad de vida y disminuye las complicaciones de la EIIC (134).
- El infliximab a dosis de 5 mg/kg de peso como tratamiento de mantenimiento también se acompaña de un aumento de la calidad de vida (89).

En definitiva, cualquier tratamiento que consiga la remisión de la enfermedad se correlaciona con un aumento de la calidad de vida

2.2.B- INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA

Existen dos tipos de cuestionarios para la medida de la calidad de vida, los cuestionarios genéricos y los específicos (135,136).

- Cuestionarios genéricos:

Los cuestionarios genéricos se emplean para estudios poblacionales y para comparar la afectación en la calidad de vida entre distintas enfermedades, pero son poco útiles a nivel clínico ya que muestran poca sensibilidad para detectar cambios tras una intervención terapéutica de pacientes con una enfermedad concreta.

Existen dos tipos básicos de cuestionarios genéricos: perfiles de salud y medidas de utilidad.

- Los perfiles de salud más utilizados son el *Sickness Impact Profile* (137), el *Nottingham Healing Profile* (138) y el *Health Survey* o SF-36 (139), todos adaptados y validados para su uso en español.
- Las medidas de utilidad son cuestionarios basados en las preferencias que los individuos asignan a diferentes estados de salud. Se utilizan sobretodo para análisis de coste-utilidad. Los más empleados son la matriz de Rosser y Kind (140), la Escala de Bienestar (*Quality of Well-being Scale*) (141) y el Euroqol (142).
- Cuestionarios específicos:

Están diseñados para su aplicación a pacientes con una enfermedad concreta o grupos de enfermedades. Son muy sensibles para detectar cambios tras una intervención terapéutica, por lo que tienen gran utilidad en la clínica.

Existen múltiples enfermedades que disponen de estos cuestionarios: diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc. En cuanto a las enfermedades gastrointestinales, en español se dispone del *Gastrointestinal Quality of Life Index* sobre dispepsia, síndrome de intestino irritable, esofagitis, hepatopatía crónica, etc.

Estas medidas relativas a la calidad de vida específica para una determinada enfermedad aportan al clínico la posibilidad de desvelar problemas y alteraciones funcionales que habían pasado inadvertidos hasta entonces, dándonos así una visión más global de la enfermedad y sobre todo bajo el criterio del propio paciente.

- Cuestionarios específicos para medir la calidad de vida en la EIIC:

El cuestionario más utilizado para medir la calidad de vida en la EIIC es, sin duda, el *Inflammatory Bowel Disease Questionary* (IBDQ), del grupo de la

Universidad de McMaster de Ontario. En el momento actual es el cuestionario más extensamente validado y el más frecuentemente utilizado en investigación general en EIIC. Ha sido utilizado en múltiples estudios para determinar la repercusión de la enfermedad sobre la calidad de vida en sus distintas dimensiones. El IBDQ también se ha mostrado como medida válida de la respuesta terapéutica, ya que refleja rápidamente los cambios en la calidad de vida de los pacientes. Existen varias versiones del IBDQ.

- IBDQ 32: Es específico, autoadministrado y formado por 32 ítems distribuidos en 4 dimensiones: síntomas intestinales, síntomas sistémicos, función emocional y función social. Las respuestas están estructuradas en una escala de Likert de 7 puntos en la cual, al 1 le corresponde la peor función y al 7 la mejor, por lo que el rango de puntuación global abarca de 32 a 224 puntos. Se ha propuesto una puntuación de 168 puntos para considerar al paciente en remisión y una diferencia en el IBDQ mínima de 27 puntos para considerar respuesta (119,143).
- IBDQ 36: Posteriormente, los mismos autores han elaborado y validado una nueva versión que consta de 4 ítems más, en total 36, añadiendo la afectación funcional (144). López Vivancos, Casellas y cols. validaron en español la versión de 36 ítems del IBDQ, con unas propiedades psicométricas similares al original (145).
- IBDQ 10: Asimismo, han diseñado una versión reducida del IBDQ, para su aplicación diaria, que consta de 10 ítems, seleccionados entre los mejores predictores de las cuatro dimensiones del IBDQ original, con una excelente validez convergente con los índices de actividad clínica (146).

- IBDQ 9: Recientemente el grupo de López-Vivancos ha desarrollado una nueva versión simplificada del IBDQ de 9 ítems mediante el análisis de Rusch. Esta escala es aplicable tanto en la EC como en la CU con una buena consistencia interna, fiabilidad, reproducibilidad y sensibilidad al cambio clínico. El IBDQ-9 tiene un alto poder discriminativo entre recidiva clínica y remisión, tanto para la CU como para la EC y una buena correlación con los índices endoscópicos (147,148).

2.3. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Diversos estudios han abordado la comorbilidad de trastornos psiquiátricos en pacientes con EIIC y la mayoría de ellos ha hallado una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los pacientes con EIIC comparado con la población general. Coinciden en que el trastorno depresivo y el trastorno por ansiedad generalizada son los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados a la EIIC(149-154). Algunos autores analizan y distinguen la presencia de ansiedad y depresión en la EIIC, encontrando que la primera es más frecuente que la segunda (155).

En multitud de estudios se ha observado una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo en EIIC, mayor a la existente en la población general y a pesar de encontrarse la enfermedad en remisión (156-158).

Un estudio realizado en nuestro país y con un seguimiento a seis meses encontró al menos un trastorno psicológico en el 31.1% de los pacientes con EIIC, de un total de 107. Los trastornos más prevalentes fueron, la

ansiedad (17.9%) y los trastornos depresivos (11.6%). El análisis de regresión logística mostró que los trastornos depresivos y de ansiedad no fueron predictores independientes de recurrencia en los 6 meses de seguimiento (159). Estos porcentajes pueden variar en función de si la muestra de estudio procede de centros de atención primaria o de unidades especializadas en EII, donde se concentran más pacientes con enfermedad activa y en general más severa.

La prevalencia de la depresión en los pacientes con EIIC es del 25% (151,152), muy por encima de la población general (160). Andrews y cols. realizaron un estudio prospectivo con 162 pacientes consecutivos con EIIC y encontraron que el 34% de los pacientes con CU y el 33% de los pacientes con EC había sufrido algún trastorno psiquiátrico (161).

Parece que en este aspecto la EC se comporta de manera diferente a la CU. Una revisión sistemática realizada sobre 10 estudios que comparan la prevalencia de depresión en EC y CU, encuentra que en seis de ellos la prevalencia de depresión es superior en la EC, en los cuatro restantes los resultados son similares en ambas entidades (155). Estos resultados contradictorios también podrían estar en relación con la falta de homogeneidad de los estudios, con el curso diferente de ambas enfermedades o en relación con la diferente interacción de los trastornos psicológicos en ambas enfermedades.

Como era esperable, los pacientes que se encontraban en una fase de actividad de la enfermedad presentaban mayor psicopatología que los pacientes en remisión clínica (156-159). En cambio, otros parámetros de gravedad de la enfermedad, como la duración de la enfermedad, el número

de intervenciones quirúrgicas y de ingresos hospitalarios no estaban asociados a la comorbilidad psiquiátrica (162,163).

Otra cuestión abierta es si existe una mayor asociación entre trastornos del estado de ánimo y un determinado género en pacientes con EIIC. La mayoría de estudios de ansiedad y depresión en EIIC no han estratificado sus datos según el género. En dos estudios canadienses el sexo femenino se asociaba a un mayor riesgo de presentar depresión (151,164).

La variabilidad en las tasas de depresión no es tan solo explicable por las diferencias en género, también por factores sociodemográficos como la edad, apoyo familiar y clase social. En un estudio poblacional canadiense la presencia de ansiedad en pacientes con EIIC se asoció con sexo femenino, estado civil (no tener pareja) y bajo nivel educacional (165).

- INFLUENCIA DEL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Una cuestión importante es conocer el papel que juega el estrés, los acontecimientos vitales y la psicopatología en la precipitación de exacerbaciones en la EIIC.

La investigación centrada en aclarar la relación entre factores psicológicos y presencia de actividad de la inflamación cuenta con una amplia tradición. Diversos motivos explican este interés. En primer lugar, al ser la etiología y las causas de actividad de la EIIC desconocidas favorece que se mencionen las explicaciones de tipo psicológico. En segundo lugar, los modelos

animales han proporcionado evidencia de que el estrés experimental juega un papel fundamental en la iniciación o agravamiento de la EIIC (166).

Un estudio en humanos demostró que el estrés inducido experimentalmente, en el contexto de laboratorio, provocaba un incremento en variables pro-inflamatorias que podrían contribuir a precipitar un brote de actividad en la CU (167). Otro estudio sugiere que la ansiedad y la depresión pueden estimular la producción de citocinas pro-inflamatorias y, por tanto, afectar de forma adversa al curso de la EIIC (157).

Actualmente existe una tendencia que sugiere que el estrés diario o percibido está asociado con los brotes de actividad de la EIIC, la mayoría de los estudios muestran una asociación positiva entre las medidas de estrés y la actividad de la enfermedad (167,168).

Otra línea de investigación se ha interesado en conocer si la psicopatología, como la ansiedad y la depresión influyen en la actividad de la enfermedad. Una serie de estudios iniciales no encontraron relación entre el riesgo de presentar un brote y la sintomatología depresiva. Otros autores encontraron que la sintomatología depresiva estaba positivamente asociada a la puntuación de CDAI a las 8 y 12 semanas en pacientes de EC (156). Por último un estudio demostró que el trastorno depresivo mayor era un factor de riesgo para sufrir más rápidamente una recidiva en pacientes tratados con Infliximab (169). En esta línea de investigación, un estudio transversal concluyó que la sintomatología depresiva y de ansiedad estaba relacionada con la actividad de la CU, pero únicamente en pacientes negativos para el anticuerpo citoplasmático antineutrófilo perinuclear (170).

Todos estos datos parecen mostrar que, si bien el estrés, la ansiedad y la depresión, no tienen un papel como desencadenante de la enfermedad y es muy controvertido como factor favorecedor de la aparición de brotes agudos, si que intercurrentes y modulan la vivencia que el paciente tiene de la enfermedad. Es por tanto, una prioridad prestar especial atención a la posibilidad de trastornos psicológicos producidos por el estrés en pacientes con EIIC, dado que su detección puede ayudar a mejorar el curso de la enfermedad o la vivencia que el paciente tenga de la misma. De hecho, las guías recientes para el manejo de la EC han incluido recomendaciones para evaluar la ansiedad y la depresión y recomendar un tratamiento apropiado si es necesario (171).

- INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*).

La escala HADS es un instrumento de medida válido y fiable para el screening de ansiedad y depresión en personas de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Fue diseñada por Zigmond y Snaith (172), la adaptación española fue llevada a cabo por Caro e Ibáñez en 1992 y presenta unas propiedades psicométricas muy similares a las de la versión original (173).

Su sensibilidad y especificidad como método de screening de trastornos del estado de ánimo de acuerdo con los criterios de DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Diseases*) es del 76% y 79% respectivamente, para puntuaciones mayores a 8 en cada subescala (174).

En el ámbito de la Psicología, para conocer si una escala psicológica está correctamente diseñada se han definido dos conceptos:

- **Cosistencia interna:** significa la constancia de los ítems para operar sobre un mismo constructo psicológico, de un modo análogo se refiere al grado en que los distintos ítems que componen una escala psicológica miden la misma cosa. Se expresa mediante el coeficiente α de Cronbach, a mayor valor, mayor consistencia interna. Se considera adecuado a partir de 0.80 aproximadamente.
- **Fiabilidad test re-test:** es el grado de precisión con el que un test mide un rasgo psicológico. Es el coeficiente obtenido entre las puntuaciones obtenidas por un mismo sujeto al responder el cuestionario en dos ocasiones. Expresa si la escala "mide bien lo que está midiendo".

Tanto la subescala de ansiedad como la de depresión muestran una elevada consistencia interna, con un coeficiente α de Cronbach de 0.86 y una adecuada fiabilidad test-retest ($r=0.85$).

2.4. FACTORES PSICOLÓGICOS POSITIVOS: RESILIENCIA, OPTIMISMO E INTELIGENCIA EMOCIONAL

Para conocer mejor las particularidades de la EIIC no es sólo importante tener en cuenta los factores psicológicos que influyen en la misma, sino también conocer los mecanismos a través de los cuales dichos factores ejercen su acción. En este esfuerzo por dilucidar los múltiples interrogantes que la enfermedad plantea, se han llevado a cabo estudios que intentan

describir un perfil psicológico en pacientes con EIIC. Aún no disponemos de estudios en EIIC que valoren las características positivas de la personalidad como son la resiliencia y el optimismo.

La corriente conocida como Psicología Positiva es la que más entidad le atribuye a la resiliencia, al optimismo y a la inteligencia emocional, ya que sostiene que los problemas serían algo así como desafíos a los cuales el individuo gracias a estos constructos que hay en su interior logrará superarlos. Además, considera que existen cuestiones como son la familia, el contexto social y la educación, que resultan determinantes a la hora de favorecer o no al desarrollo de esta capacidad.

2.4.A- RESILIENCIA

En 1985, Rutter tomó el término resiliencia de la física, denotando la capacidad de un cuerpo de resistir, ser fuerte y no deformarse.

Posteriormente se definió como “la capacidad humana que permite hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”.

En ocasiones, las circunstancias difíciles o los traumas permiten desarrollar recursos que se encontraban latentes y que el individuo desconocía hasta el momento, así la resiliencia caracteriza a aquellas personas que, a pesar de vivir en situaciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

En los últimos 20 años se han venido realizando investigaciones en resiliencia con muestras de población con diferentes enfermedades crónicas

como Cáncer (175), Diabetes (176), Insuficiencia Renal Crónica (177), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (178), Sida (179,180) y enfermedades reumáticas, como la Artritis Reumatoide (181).

En estudios en Artritis Reumatoide en los que se ha evaluado el dolor corporal se ha observado que los efectos positivos de la resiliencia sobre el dolor resultan de un aumento del bienestar personal y de adopción de nuevas formas de afrontamiento (182). En otro estudio en pacientes con osteoartritis se observó que los efectos de la resiliencia estaban relacionados con menos dolor y mejor funcionamiento físico (185).

En la esfera de la patología cardiovascular los resultados aunque escasos, son superponibles a los anteriores. Se ha demostrado que la resiliencia disminuye la extensión del infarto de miocardio en pacientes con Síndrome Coronario Agudo influyendo en la respuesta inflamatoria, también se ha observado una asociación positiva entre los niveles de resiliencia y los resultados de la rehabilitación cardiaca (183,184).

Estos estudios son concluyentes en considerar a la resiliencia como un factor de protección ante circunstancias difíciles de la vida, como el diagnóstico y el trascurso de una enfermedad crónica.

Además en los estudios sobre resiliencia en adultos se han encontrado relaciones de las variables sociodemográficas con este constructo. Los mejores niveles de resiliencia se presentan en mujeres y en edades más avanzadas (185–189).

- INSTRUMENTO DE MEDIDA DE RESILIENCIA: ESCALA DE WAGNILD Y YOUNG

A partir de la aplicación del concepto de resiliencia en psicología se han creado una diversidad de instrumentos para su medida, la escala más utilizada es la creada por Wagnild y Young en 1993 (190). En 2003 Heilemann, Lee y Kury analizaron las propiedades psicométricas de la versión española hallando una consistencia interna adecuada (valor del coeficiente α de Cronbach: 0.93) (191). Las características del cuestionario de resiliencia se detallan en el apartado Material y Métodos.

2.4.B- OPTIMISMO

El optimismo es uno de los rasgos de personalidad que mayor interés ha despertado entre los investigadores de la Psicología Positiva.

Puede definirse como una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables y se relaciona significativamente con el empleo de estrategias positivas de afrontamiento y con el grado de bienestar psicológico y físico percibidos por el paciente, y que parece ser también, un importante predictor de enfermedad.

Cuando surgen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar objetivos, en tanto que las expectativas desfavorables reducen tales esfuerzos, a veces hasta el punto de desentenderse totalmente de la tarea. Dentro de este modelo, el

optimismo y el pesimismo serían considerados como expectativas generalizadas (favorables y desfavorables, respectivamente) acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Tales expectativas se consideran, además, como disposiciones estables (es decir, rasgos de personalidad del individuo), por lo que se denomina "optimismo disposicional".

El "pensamiento positivo" u "optimismo" parece desempeñar un importante papel en el uso de estas conductas de afrontamiento adaptativas, así como en el bienestar psicológico y físico, y parece ser un importante predictor de enfermedad, tanto psicológica como física (192–196).

En los últimos años se ha investigado el optimismo como factor predictor de salud. Los estudios realizados muestran una asociación entre optimismo y estado de salud en general; los sujetos optimistas presentaban menor número de síntomas inmunológicos, gastrointestinales, cardiovasculares, neurosensoriales, genitourinarios y dermatológicos, en comparación con los pesimistas (197).

Este rasgo de personalidad ha sido identificado en varios trabajos como un índice de buen pronóstico o recuperación. Existen estudios realizados en pacientes oncológicos (198–200), pero la mayor parte de las investigaciones en enfermedades crónicas se han centrado en patología cardiovascular (201,202). Algunos de los resultados obtenidos son los siguientes: en un estudio el optimismo resultó ser un factor protector frente al accidente cerebrovascular (203) y también frente al incremento en la oclusión carotidea en un estudio longitudinal de 3 años de duración (204), los pacientes optimistas presentaron menos tasas de reingreso hospitalario a los 8 meses de realización de by-pass coronario (205).

En España en pacientes en diálisis, el pesimismo pareció asociarse con un mayor número de ingresos hospitalarios independientemente de la edad, del tiempo en diálisis y del grado de comorbilidad del paciente, por otra parte, los pacientes con un rasgo de personalidad optimista refieren una mejor calidad de vida (206).

Estos estudios concluyen que el optimismo es protector y facilitador para el despliegue de comportamientos favorables que permiten sobrellevar la condición médica, establecer cambios adecuados en los hábitos de salud y adherirse al tratamiento médico prescrito.

Se ha sugerido que esta relación entre optimismo y una evolución más favorable de la enfermedad radica en un mejor afrontamiento de los problemas. Las personas con un rasgo de personalidad optimista presentan un estilo de afrontamiento más adaptativo (planificación, reinterpretación positiva, crecimiento personal y resolución de problemas) frente a los pesimistas, cuyo estilo es pasivo (negación, centrarse en las emociones y distanciamiento conductual). El hecho de que los pesimistas presenten este tipo de estrategias de afrontamiento hace que eviten la resolución de problemas y los perpetúen. Los trabajos de Chico en 2002 (207) y David en 2010 (208) van en esta línea al señalar que, además del afrontamiento al estrés, el mantenimiento de hábitos nocivos para la salud puede ser otro mecanismo en la vinculación del pesimismo disposicional con la sintomatología física.

Traslademos esto a la EIIC: el diagnóstico y las adversidades que implica la EIIC supone un importante cambio en todas las esferas de la vida de los pacientes y una adecuada adaptación al mismo es esencial para una buena

evolución. En la práctica diaria vemos que los pacientes con una mejor adaptación son capaces de evitar conductas demostradas como perjudiciales en la EIIC como es el hábito tabáquico, son mas cumplidores con los tratamientos, acuden a las revisiones recomendadas etc. En definitiva, presentan actitudes que, en principio, desembocan en una mejor evolución del paciente.

- INSTRUMENTO DE MEDIDA DEL OPTIMISMO: TEST DE ORIENTACIÓN VITAL REVISADO (*Revised Life Orientation Test*, LOT-R)

El instrumento más empleado para la medición del optimismo disposicional es el test LOT-R de Scheier, Carver y Bridges creado en 1994 (209). Su versión española fue creada por Otero-López en 1998. Las propiedades de la versión adaptada al español son muy similares a las del test original, ya que la escala tiene una estructura clara con dos dimensiones (optimismo y pesimismo) y los factores están negativamente correlacionados, además, todos los ítems tienen un aceptable poder discriminativo. El alfa de Cronbach reportado fue 0.78. Las características del cuestionario LOT-R se detallan en el apartado Material y Métodos.

2.4.C- INTELIGENCIA EMOCIONAL

El concepto de inteligencia emocional nace de la necesidad de dar respuesta al interrogante: ¿Cuál es la causa por la que ciertas personas superan mejor que otras las situaciones de la vida cotidiana? En 1990, se introdujo el término inteligencia emocional por Salovey y Mayer, definido como "la

habilidad para controlar los sentimientos de uno mismo y de otros, discriminar entre ellos y usar esta información para guiar las acciones y el pensamiento de uno”.

En concreto, la inteligencia emocional es una medida de las creencias sobre la propia Atención emocional (atención percibida que se presta a los propios estados emocionales), la Claridad emocional (compresión percibida de los propios estados emocionales) y la Reparación emocional (habilidad percibida de regular los propios estados emocionales).

En otras palabras, la inteligencia emocional expresa en qué medida las personas atienden y valoran sus sentimientos (Atención); tienen una visión clara, y no confusa sobre sus sentimientos (Claridad) y utilizan el pensamiento positivo para reparar los estados de ánimo negativos (Reparación).

Si bien puntuaciones altas en claridad y reparación son adecuadas, no ocurre lo mismo con la atención emocional, que puede llevar a la hipervigilancia de nuestras emociones y sensaciones y, en consecuencia, a la hipocondriasis.

- INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SALUD

Los primeros estudios que investigaron la relación entre la inteligencia emocional y la salud fueron los de Goldman, Kraemer y Salovey en 1996. Estos autores destacaron el papel modulador de la inteligencia emocional sobre los síntomas y enfermedades. En su investigación utilizaron población universitaria y analizaron las puntuaciones en la escala TMMS junto a medidas de estrés, síntomas fisiológicos y visitas al centro de salud durante periodos de estrés general (hacer exámenes). Llegaron a la conclusión de

que la adaptación al estrés dependía de la capacidad para atender, discriminar y regular sentimientos. Así, los pacientes que regulaban sus emociones presentaban en momentos de estrés, menos informes de enfermedad y de visitas al médico (210).

En el estudio de Schmidt y Andrykowsky en 2004 se estudio la influencia de la inteligencia emocional en 210 mujeres con cáncer de mama, concluyendo que, las mujeres que ocultaban sus emociones con respecto al cáncer, presentaban una baja inteligencia emocional por lo que sufrían mas malestar, mas ansiedad y depresión (211).

Carranque y cols. hallaron que los pacientes que presentaban niveles más altos de inteligencia emocional (mayor capacidad de comprensión y reparación emocional) evaluaron el dolor postoperatorio como menos intenso (212). Esto indicaría que la inteligencia emocional podría funcionar como un protector contra acontecimientos estresantes (como sufrir una enfermedad) jugando un papel crucial en el proceso de adaptación del individuo a la enfermedad.

Respecto a los estudios en salud mental, podemos indicar que existe un número creciente de investigaciones que concluyen que niveles altos de inteligencia emocional están relacionados significativamente con el bienestar emocional y la salud mental. Los niveles bajos de inteligencia emocional se relacionan con ciertos problemas emocionales, tales como depresión, dificultad para verbalizar sentimientos, ansiedad, problemas de personalidad y conductas adictivas. En la escala de inteligencia emocional, las dimensiones claridad y reparación correlacionan negativamente con la ansiedad y depresión, mientras que la dimensión atención lo hace en sentido positivo.

Hasta la fecha no se han realizado estudios que evalúen la inteligencia emocional en EIIC, si bien, a tenor de los resultados de estos estudios, se sugiere la importancia de fomentar el desarrollo de ésta desde la niñez para prevenir la aparición de trastornos emocionales y mejorar las estrategias de afrontamiento ante procesos de enfermedad (213,214).

- INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL: TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS)

La escala más ampliamente empleada para valorar la inteligencia emocional es la escala de meta-conocimiento de los estados emocionales o *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-48) (215).

La TMMS-24 está basada en la anterior, adaptada y reducida a 24 ítems por el grupo español de Fernández-Berrocal, tiene la misma finalidad que la TMMS-48. Sus propiedades psicométricas muestran una validez y fiabilidad adecuadas ($\alpha=85$, $r=70$, 70 y 83 para atención, claridad y reparación respectivamente) (216).

2.5. ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Zeidner y Hammer definen el afrontamiento como “características o conductas en curso que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición” (217).

El afrontamiento es considerado un factor estabilizador, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes.

Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes.

Actualmente existen tantas categorizaciones de las estrategias de afrontamiento como autores han abordado el tema. Según el método de afrontamiento empleado, las respuestas al estrés pueden ser activas o evitativas. En función de la focalización pueden orientarse a hacia la resolución del problema o bien hacia el control de las emociones.

Los estudios realizados ponen de manifiesto que la utilización de estrategias de afrontamiento activas, es decir, aquellas que están orientadas a solucionar con todas sus fuerzas el problema, están asociadas a mejor bienestar físico. Incluso en aquellas personas que padecen una enfermedad grave, reconocer su existencia y afrontarla activamente disminuye la ansiedad causada por la tensión que genera la enfermedad, proporciona una mayor calidad de vida, y puede estar asociado con una mayor esperanza de vida (218). Por el contrario, las estrategias centradas en las emociones o el escape parecen estar asociadas a un mayor malestar físico (219).

La EIIC requiere un tratamiento crónico, cirugía y hospitalizaciones frecuentes que requieren de la capacidad del sujeto de autoregular su propia conducta utilizando estrategias de afrontamiento adaptativas. Las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicológico han sido ampliamente

estudiadas en algunas enfermedades crónicas como patología cardiovascular, reumatológica o neurológica, pero existen pocos estudios que hayan examinado las estrategias de afrontamiento en EIIC, resultando la estrategia de afrontamiento más empleada la centrada en las emociones (220–223).

- INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: ESCALA COPE (*Coping Operations Preferences Enquiry*)

Dentro del arsenal de instrumentos disponibles para la evaluación del estrés percibido y de las estrategias de afrontamiento, destacamos el cuestionario COPE desarrollado por Carver y cols. (224) y adaptada por Crespo y cols. (225).

Una de las peculiaridades de este cuestionario es que fue diseñado para ser aplicado en versiones tanto disposicional (qué es lo que hace el sujeto habitualmente para afrontar situaciones estresantes) como situacional (cómo hace frente a un problema específico en un periodo de tiempo determinado). Las propiedades psicométricas de la versión española son muy similares a las del cuestionario original de Carver, con unos índices de consistencia interna superiores a 0.60 y unos índices de fiabilidad superiores a 0.5 en la mayoría de las subescalas. Las características del cuestionario se detallan en el apartado Material y Métodos.

2.6. TRATAMIENTO ADYUVANTE EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA

Los objetivos del tratamiento médico en la EIIC son mantener la remisión de la enfermedad disminuyendo el número, la intensidad y la severidad de los brotes, evitar posibles complicaciones y conseguir que el paciente mantenga una vida lo más normal posible. Por ello, es necesario tener en cuenta, no sólo el tratamiento farmacológico dirigido a la enfermedad intestinal, sino, también otras medidas adyuvantes que han de incluir apoyo psicológico y psiquiátrico en caso necesario.

- Información al paciente:

Uno de los puntos fundamentales en el momento del diagnóstico de la enfermedad y a lo largo de la evolución de la misma es la información al paciente sobre ésta, su pronóstico y su evolución.

En un estudio realizado en 271 pacientes, con una media de 10 años desde su diagnóstico, sólo un 10% de ellos creía estar bien informado sobre la enfermedad (226).

- Soporte psicológico:

Si bien, parece importante el papel del estrés y de las consecuentes alteraciones psicológicas en la evolución de la EIIC, todavía son necesarios más estudios para demostrar el papel del tratamiento psicológico en la evolución de la EIIC. Hasta ahora los resultados han sido controvertidos. Así, por ejemplo, algunos estudios muestran que, si bien el tratamiento psicológico con técnicas de relajación y grupos de ayuda mejora parámetros de estrés y ansiedad, esto no modifica el curso de la enfermedad (110,227).

- Tratamiento psiquiátrico:

Respecto al tratamiento médico con antidepresivos, los estudios realizados hasta la actualidad tienen ciertas debilidades debido a que no son aleatorizados, por lo que de momento no puede establecerse de forma definitiva la utilidad de estos fármacos para la mejora de la evolución de la EIIC.

Un estudio publicado en el que fueron entrevistados 18 gastroenterólogos de hospitales universitarios mostró que la mayoría de ellos (80%) empleaban antidepresivos para aliviar los síntomas de sus pacientes como el insomnio, el dolor o la ansiedad, si bien este uso no es todavía generalizado (228).

En otro estudio más reciente en el que se incluyeron 287 pacientes, se objetivó que 83 habían precisado antidepresivos en algún momento de su vida sin que, por el diseño del estudio se pudiera establecer si este parámetro había mejorado los parámetros de actividad de la EIIC (229).

Más recientemente Mikocka y cols. entrevistaron a 15 pacientes con EIIC que tomaban de forma habitual antidepresivos. De éstos, un 33% piensa que su enfermedad intestinal mejoró a raíz de iniciar el tratamiento antidepresivo, mientras que el resto no piensa que influyera (230).

Por ello parece necesario que futuros estudios, bien diseñados y aleatorizados, puedan explorar el papel de los nuevos antidepresivos en el curso de la EIIC. Por otro lado, no hay estudios que hayan analizado el papel de los ansiolíticos en el curso de la EIIC.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa son enfermedades crónicas que tienen un importante impacto en la vida de los pacientes. Ya desde hace años existe consenso en afirmar que los factores emocionales deben considerarse en estos pacientes y que la práctica clínica debe entenderse dentro de un modelo biopsicosocial.

A pesar de la importancia de los aspectos psicosociales en la EIIC, el número de publicaciones y grupos dedicados a esta vertiente es muy escaso en comparación a lo dedicado a los aspectos meramente clínicos.

Recientemente se ha despertado un gran interés por la calidad de vida en la EIIC, se ha incluido su mejora dentro de los objetivos terapéuticos, incluso se defiende ésta como índice de actividad de la enfermedad junto a los índices clínicos tradicionalmente empleados.

Aparte de los aspectos médicos, se ha demostrado que la ansiedad y la depresión afectan de forma independiente en la calidad de vida de la EIIC, incluso se ha propuesto su posible implicación en el curso de la enfermedad y se especula sobre una influencia mutua.

También se han desarrollado estudios con el objetivo de esclarecer la influencia que podrían ejercer ciertos rasgos de personalidad en el curso y desarrollo de la EIIC y por consiguiente, en la calidad de vida de los pacientes. Los rasgos de personalidad más estudiados en EIIC han sido neuroticismo, alexitimia, introversión y sentido de la responsabilidad pero disponemos de escasa o nula información acerca de los rasgos positivos de personalidad como optimismo, resiliencia y dimensiones de la inteligencia emocional como atención, claridad y reparación de las emociones.

En el presente estudio se pretende medir objetivamente estos rasgos positivos de personalidad e investigar una posible relación con la calidad de vida y la presencia de trastornos del estado de ánimo.

La identificación de variables psicológicas asociadas a la calidad de vida de la EIIC, permitiría emplear estrategias de modificación y eliminar posibles factores de confusión en relación a la respuesta a distintos tratamientos y a calidad de vida.

OBJETIVOS

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVOS PRINCIPALES

Evaluar la frecuencia de trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes ambulatorios con Enfermedad Inflamatoria Intestinal y valorar su relación con factores psicológicos positivos (optimismo, resiliencia e inteligencia emocional) así como con factores sociodemográficos y clínicos.

Estudiar la calidad de vida en pacientes ambulatorios con Enfermedad Inflamatoria Intestinal y valorar su relación con factores psicológicos positivos (optimismo, resiliencia e inteligencia emocional) así como con factores sociodemográficos y clínicos.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Determinar la distribución de los factores psicológicos positivos optimismo, resiliencia e inteligencia emocional en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal y la existencia de diferencias entre Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

Identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal y valorar su relación con variables psicológicas, sociodemográficas y clínicas.

MATERIAL Y

MÉTODOS



MATERIAL Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

Para alcanzar los objetivos fijados se diseñó un estudio observacional de tipo transversal.

2. ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio se ha proyectado en las consultas externas de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

El periodo de inclusión de pacientes comprendió desde Octubre de 2014 hasta Julio de 2015.

3. MUESTRA

3.1- POBLACIÓN DE MUESTREO

Pacientes que acuden de forma ambulatoria a las consultas externas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el periodo de duración del estudio.

3.2- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes ambulatorios.
- Edad mayor a 18 años.
- Diagnóstico de EC o CU según los criterios de Lennard-Jones.
- Nivel educativo y conocimiento de nuestro idioma que garantice una adecuada comprensión y cumplimentación de los cuestionarios.

3.3- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Edad inferior a 18 años.
- Diagnóstico previo de patología psiquiátrica mayor.
- Nivel educativo que impida una adecuada lectura, comprensión y cumplimentación de los cuestionarios.

4. PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

Se diseñó un cuaderno de recogida de datos que incluía:

- Hoja de información al paciente y consentimiento informado (Anexo I).
- Hoja de recogida de datos sociodemográficos y clínicos (Anexo II).
- Cuestionarios psicológicos (Anexos IV al IX).

La recogida de los datos se llevó a cabo en el siguiente orden:

- 1.- Información sobre los objetivos y características del estudio. Solicitud y firma del consentimiento informado.
- 2.- Cumplimentación por parte del investigador, mediante una entrevista al paciente, de los datos sociodemográficos incluidos en la hoja de recogida de datos.
- 3.- Cumplimentación por parte del investigador de los datos clínicos del paciente obtenidos mediante la revisión de su historia clínica.
- 4.- Administración de los cuestionarios psicológicos y cumplimentación de éstos por parte del paciente durante un tiempo aproximado de 30 minutos, en presencia del investigador que aclaró las posibles dudas que surgieran.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Para una mejor comprensión y desarrollo del trabajo, las variables a estudiar se clasificaron en variables sociodemográficas y clínicas.

5.1- VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS

- Subtipo dentro de EIIC: variable dicotómica (Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerosa).
- Sexo del paciente: variable dicotómica (Hombre / Mujer).
- Edad del paciente: variable continua, expresada en años.
- Estado civil: variable cualitativa. Se divide en 2 grupos para evitar dispersión de la muestra:
 - Pacientes con pareja: donde se incluyeron casados y con pareja.
 - Pacientes sin pareja: donde se incluyeron, solteros, viudos y divorciados.
- Nivel de estudios: variable cualitativa, se divide en 4 grupos:
 - Sin estudios
 - Primaria
 - Secundaria
 - Universitarios
- Actividad laboral: variable cualitativa, se divide en 6 grupos:
 - Empleado
 - Desempleado
 - Estudiante
 - Ama de casa

- Jubilado
- Jubilado por la EIIC
- Hábito tabáquico: variable cualitativa, dividida en 3 grupos:
 - No fumador
 - Fumador
 - Ex fumador
- Historia familiar de EIIC: variable dicotómica (Sí / No).
- Patología psiquiátrica leve previa: variable cualitativa, dividida en 4 categorías:
 - Ninguna
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Depresión-ansiedad
- Tratamiento psiquiátrico en el momento del estudio: variable cualitativa, dividida en 4 categorías:
 - Ninguno
 - Antidepresivos
 - Ansiolíticos
 - Antidepresivos y ansiolíticos

5.2- **VARIABLES CLÍNICAS**

- Edad al diagnóstico de la EIIC: variable continua, expresada en años.
- Tiempo de evolución de la EIIC: variable continua, expresada en años.

- Localización de la enfermedad: variable cualitativa politómica, definida por la Clasificación de Montreal para la Enfermedad de Crohn y para la Colitis Ulcerosa, definida por los siguientes grupos:
 - Para Enfermedad de Crohn existen 3 categorías: ileal, colónica, ileo-colónica, añadiendo si existe afectación del tracto digestivo superior y perianal.
 - Para la Colitis Ulcerosa existen 3 categorías: proctitis, colitis izquierda, pancolitis.
- Tratamiento durante el último mes: variable cualitativa, dividida en 6 grupos terapéuticos. En caso de pacientes con más de un tratamiento se asignó a aquel de mayor escalón terapéutico.
 - Sin tratamiento
 - 5-ASA
 - Inmunomoduladores
 - Biológicos
 - Leucocitoaféresis
 - Corticoides (exclusivamente)
- Tratamiento corticoideo actual adicional al tratamiento habitual: variable dicotómica (Sí / No).
- Corticodependencia: variable dicotómica (Sí / No).
- Corticorretractariedad: variable dicotómica (Sí / No).
- Adhesión al tratamiento: variable dicotómica (Adecuada / Inadecuada). Se clasificó a los pacientes en adecuada o inadecuada adhesión al tratamiento empleando el Test de Morisky-Green-Levine (se expone más adelante).
- Cirugía previa: variable cualitativa, definida por 6 grupos:

- Ninguna
 - Perianal
 - Derivativa
 - Resección intestinal
 - Colectomía
 - Combinada (resección intestinal y perianal)
- Manifestaciones extraintestinales: variable cualitativa, se dividen en 7 categorías:
- Ninguna
 - Articulares
 - Oculares
 - Cutáneas
 - Hepatobiliares
 - Fenómenos trombóticos
 - Combinación de varias
- Visitas anuales programadas a consulta externa: variable continua.
- Visitas urgentes a consulta externa en el último año: variable continua, definida como el número de visitas que el paciente ha realizado de forma urgente a consulta externa o bien al servicio de urgencias en relación a su EIIC.
- Recaídas clínicas en el último año: variable continua, definida como el número de ocasiones en que el paciente ha precisado tratamiento corticoideo (ya sean corticoides clásicos de acción sistémica o corticoides de acción local, por vía oral o endovenosa) para el control de la actividad de su enfermedad.

- Ingreso hospitalario por brote de la enfermedad en el último año: variable continua.
- Datos de laboratorio: obtenidos de la analítica de sangre extraída para la visita a consulta en la cual el paciente se incluyó en el estudio. Hemoglobina, plaquetas, leucocitos y PCR. Todas variables son continuas salvo PCR ya que el laboratorio de nuestro hospital no cuantifica niveles de PCR inferiores a 3.1 mg/L.
- Índice de Harvey-Bradshaw: variable continua para la medición de actividad clínica en Enfermedad de Crohn. Se considera remisión a puntuaciones inferiores a 6 (Anexo III).
- Índice de Walmsley: variable continua para medición de actividad clínica en Colitis Ulcerosa. Se considera remisión a puntuaciones inferiores a 2 (Anexo III).
- Severidad de la enfermedad: es una variable ideada en nuestro estudio con el objetivo de unificar los datos clínicos de severidad de la enfermedad desde su diagnóstico ("Severidad evolutiva") y en el último año ("Severidad actual"). Ambas variables se constituyen a partir de datos clínicos recogidos previamente en la hoja del paciente.
 - Severidad evolutiva de la enfermedad: variable cuantitativa continua obtenida mediante el sumatorio de todos los datos considerados como definitorios de severidad que haya presentado el paciente a lo largo de su enfermedad, se asigna a cada uno 1 punto.

Los datos que componen la severidad evolutiva fueron:

 - Tratamiento con inmunomoduladores, biológicos y/o leucocitoaféresis.

- Antecedentes de cirugía relacionada con EIIC.
 - Antecedentes de megacolon tóxico y/o brote grave que precisara ciclosporina A.
 - Corticodependencia.
 - Corticorrefractariedad.
 - Presencia de alguna manifestación extraintestinal.
 - Jubilación motivada por la EIIC.
- Severidad actual de la enfermedad: variable cuantitativa continua obtenida mediante el sumatorio de todos los datos considerados como definitorios de severidad actual que haya presentado el paciente, se asigna a cada uno 1 punto.

Los datos que componen la severidad actual fueron:

- Tratamiento con corticoides en el momento de su inclusión en el estudio.
- Anemia (cifras de hemoglobina inferiores a 11 g/dL en mujeres y 13 g/dL en hombres).
- Leucocitosis (cifras de leucocitos superiores a 11000/L).
- Trombocitosis (cifras de plaquetas superiores a 400000/L).
- Elevación de PCR por encima de 3.1 mg/L.
- Valor del índice de Harvey-Bradshaw mayor a 6.
- Valor del índice de Walmsley mayor a 2.
- Presencia de fístula activa.
- Portador de ostomía.
- Necesidad de visitas urgentes en el último año.
- Necesidad de ingreso hospitalario en el último año.
- Cirugía motivada por la EIIC en el último año.

- Recaídas clínicas en el último año.
- Calidad de vida: variable continua obtenida mediante el cuestionario IBDQ-9 (Anexo IV).

5.3- **VARIABLES PSICOLÓGICAS**

- Ansiedad y depresión: variables continuas obtenidas mediante el cuestionario HADS (Anexo V).
- Resiliencia: variable continua obtenida mediante el cuestionario de resiliencia de Wagnild y Young (Anexo VI).
- Optimismo: variable continua obtenida mediante el cuestionario LOT-R (Anexo VII).
- Inteligencia emocional (Atención, Claridad y Reparación): variables continuas obtenidas mediante el cuestionario TMMS-24 (Anexo VIII).
- Empleo de estrategia de afrontamiento Cognitivo-Conductual: variable dicotómica (Sí / No). Variable obtenida mediante el cuestionario COPE (Anexo IX).
- Empleo de estrategia de afrontamiento Centrado en las Emociones: variable dicotómica (Sí / No). Variable obtenida mediante el cuestionario COPE (Anexo IX).
- Empleo de estrategia de afrontamiento Centrado en la Evitación: variable dicotómica (Sí / No). Variable obtenida mediante el cuestionario COPE (Anexo IX).

6. **DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

Para la obtención de las variables del estudio se emplearon las escalas que se exponen a continuación:

- Cuestionario de Calidad de Vida en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (IBDQ-9) (Anexo IV).
- Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS) (Anexo V).
- Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (Anexo VI).
- Escala de Optimismo (LOT-R) (Anexo VII).
- Escala de Meta-conocimiento de los Estados Emocionales (TMMS-24) (Anexo VIII).
- Escala Multidimensional de evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento (COPE) (Anexo IX).

Otros instrumentos empleados en la recogida de datos son:

- Test de Morisky-Green-Levine.
- Índice de Harvey-Bradshaw (descrito en el apartado Introducción, Anexo III).
- Índice de Walmsley (descrito en el apartado Introducción, Anexo III).

1) CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Para cuantificar la calidad de vida se ha empleado el cuestionario IBDQ-9 (*Inflammatory Bowel Disease Questionary*). El IBDQ-9 es una versión reducida de IBDQ-36, específico para la medida de la calidad de vida en pacientes con EIIC. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 9 preguntas que se contestan mediante una escala tipo Likert (las respuestas a los ítems no son dicotómicas Si/No, en ella se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con la afirmación o la frecuencia con la que realiza el

acto que se expone en la afirmación), las respuestas pueden ir desde 1 a 7, representando el 1 la peor calidad de vida y 7 la mejor.

No existen puntuaciones estandarizadas que estratifiquen el nivel de calidad de vida por lo que el resultado del IBDQ-9 se expresa transformado en una escala de 9 a 63, correspondiendo un mejor estado de salud a una mayor puntuación. La muestra se dividió en baja, media y alta Calidad de Vida en función de la puntuación obtenida en el IBDQ-9, estableciendo dos cuantiles.

2) ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL

La Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond y Snaith 1983) permite detectar la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Lo que valoramos mediante esta escala es una puntuación de nivel de ansiedad y/o depresión, no un diagnóstico psiquiátrico, que requeriría además de la escala una adecuada entrevista psiquiátrica.

El cuestionario HADS es un cuestionario autoaplicado (el propio paciente lee las preguntas), constituido por 14 afirmaciones, ninguna de las cuales hace referencia a síntomas somáticos, ya que se han eliminado los aspectos físicos que pueden acompañar a la ansiedad o la depresión, incidiendo sólo en los aspectos emocionales.

Los ítems se agrupan en 2 subescalas, cada una con 7 afirmaciones:

- Subescala de ansiedad: centrada en las manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, angustia). La componen los ítems impares. Puntuable de 0 a 21 puntos.
- Subescala de depresión: centrada en la anhedonia (disfrute, risa alegría, torpeza, interés por el aspecto, ilusión). La componen los ítems pares. Puntuable de 0 a 21 puntos.

El paciente ha de contestar cada ítem utilizando una escala tipo Likert. Cada ítem presenta cuatro alternativas de respuesta que o bien reflejan la intensidad del síntoma (Mucho/ Bastante/ No mucho/ Nada), o bien, la frecuencia del mismo (Todos los días/ Muchas veces/ A veces /Nunca).

El marco de referencia temporal es la semana previa a la cumplimentación de la escala.

El sistema de corrección de la escala se basa en una clave de respuesta que asigna una puntuación de 0 a 3, de manera que una puntuación 0 refleja el menor grado o ausencia de sintomatología ansiosa o depresiva y una puntuación 3, el grado mayor de la misma. Para la corrección se suman las puntuaciones de cada una de las subescalas de forma independiente. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 21 para cada una de las dos subescalas y de 0 a 42 para la puntuación global. Se consideran las puntuaciones de cada subescala:

- Puntuación menor o igual a 7: Ausencia de trastorno del estado de ánimo.
- Puntuación entre 8 y 10: Dudoso trastorno de ansiedad o depresión.

- Puntuación mayor o igual a 11: Probable trastorno de ansiedad o depresión.

3) ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Para evaluar la resiliencia se empleó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, creada en 1993. La escala está conformada por dos factores, cada uno de ellos refleja la definición teórica de resiliencia.

- Factor I: Denominado "Competencia personal", integrado por 17 ítems que indican: auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia.
- Factor II: Denominado "Aceptación de uno mismo y de la vida", representado por 8 ítems que reflejan adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable.

Estos factores representan las siguientes características de resiliencia:

- a) Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- b) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
- c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se atribuye a ésta.

- e) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

La escala se puede administrar en forma individual o colectiva, es autoadministrable y no existe tiempo límite para completarla.

La escala consta de 25 ítems que se contestan según una escala tipo Likert con siete alternativas de respuesta, que se puntúan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación total de la escala se obtiene del sumatorio de las puntuaciones de todos los ítems y está comprendida entre 25 y 175, y se subdivide en:

- Puntuación menor a 121: Resiliencia baja
- Puntuación entre 121 y 146: Resiliencia media
- Puntuación mayor a 146: Resiliencia alta

4) TEST DE ORIENTACIÓN VITAL REVISADO

Se propuso medir el optimismo disposicional mediante el test de orientación vital-Revisado (*Revised Life Orientation Test*, LOT-R, Scheier, Carver y Bridges, 1994).

Este cuestionario está compuesto por 10 ítems, cuatro de los cuales son de relleno (son los ítems 2,5,6 y 8), es decir, sirven para hacer menos evidente el contenido del test y no tienen validez para el análisis. Los seis ítems restantes pretenden medir la dimensión del optimismo disposicional: tres están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y tres en sentido negativo (dirección pesimismo).

Se pregunta a los sujetos que indiquen el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones como «En tiempo difíciles, generalmente espero lo mejor», usando un escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo). De los 6 ítems de contenido, los ítems redactados en sentido negativo se revierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo, que puede ir de 0 a 24.

A mayor puntuación obtenida en el LOT-R mayor grado de optimismo disposicional. No se dispone de puntuaciones estandarizadas del cuestionario, por lo que en el estudio se ha decidido utilizar la mediana como punto de corte para diferenciar a los pacientes en más o menos optimistas, de forma que se consideraron:

- Pacientes que presentaron una puntuación igual o inferior a la mediana de la distribución: Bajo optimismo disposicional.
- Pacientes que presentaron puntuaciones superiores a la mediana: Alto optimismo disposicional.

5) ESCALA DE META-CONOCIMIENTO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES

Para cuantificar la inteligencia emocional en los pacientes del estudio se empleó la escala de Meta-Conocimiento de los Estados Emocionales (*TraitMeta-MoodScale*, TMMS-24, Salovey 1995).

Se compone de 24 ítems agrupados en 3 dimensiones (Atención, Claridad y Reparación). Cada ítem se contesta en función del grado de acuerdo o desacuerdo, a modo de escala tipo Likert con puntuaciones que oscilan desde 1 (nada de acuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo).

Existen diferencias para las puntuaciones de las tres dimensiones entre hombres y mujeres.

- Atención:
 - Puntuaciones en hombres:
Menor o igual a 21: Escasa atención
Entre 22 y 32: Adecuada atención

Mayor o igual a 33: Excesiva atención

- Puntuaciones en mujeres:
Menor o igual a 24: Escasa atención
Entre 25 y 35: Adecuada atención
Mayor o igual a 36: Excesiva atención

- Claridad:
 - Puntuaciones en hombres:
Menor o igual a 25: Escasa claridad
Entre 26 y 35: Adecuada claridad
Mayor o igual a 36: Excelente claridad
 - Puntuaciones en mujeres:
Menor o igual a 23: Escasa claridad
Entre 24 y 34: Adecuada claridad
Mayor o igual a 35: Excelente claridad.

- Reparación:
 - Puntuaciones en hombres:
Menor o igual a 23: Escasa reparación
Entre 24 y 35: Adecuada reparación
Mayor o igual a 36: Excelente reparación
 - Puntuaciones en mujeres:
Menor o igual a 23: Escasa reparación
Entre 24 y 34: Adecuada reparación

Mayor o igual a 35: Excelente reparación

6) ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DE ESTILOS GENERALES DE AFRONTAMIENTO

Para evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes de la muestra se utilizó la Escala Multidimensional de los Estilos Generales de Afrontamiento (*Coping Operations Preferences Enquiry*, COPE, Scheier 1989).

Está conformada por 60 ítems, que expresan las conductas que el sujeto pone en marcha para hacer frente a una situación estresante. En cada ítem, el sujeto debe indicar la frecuencia de uso de cada estrategia en una escala Likert de cuatro puntos: 1= "en absoluto", 2= "un poco", 3= "bastante", 4= "mucho.

Los 60 ítems se distribuyen en 15 subescalas que denotan las conductas puestas en marcha ante la situación estresante: 1) Búsqueda de apoyo social, 2) Religión, 3) Humor, 4) Consumo de alcohol/drogas, 5) Planificación y afrontamiento activo, 7) Centrarse en las emociones y desahogarse, 8) Aceptación, 9) Negación, 10) Refrenar el afrontamiento, 11) Concentrar esfuerzos para solucionar la situación, 12) Crecimiento personal, 13) Reinterpretación personal, 14) Actividades distractoras de la situación y 15) Evadirse.

Estas subescalas se pueden agrupar a su vez en seis escalas de segundo orden: afrontamiento conductual centrado en el problema, afrontamiento cognitivo del problema, escape cognitivo, afrontamiento centrado en las emociones, escape conductual y consumo de alcohol o drogas.

Lyne y Roger en el año 2000 (231), hicieron un re-análisis del cuestionario COPE tanto por ítems como por subescalas y los resultados mostraron una clara estructura en tres factores caracterizados como:

- 1) Afrontamiento centrado en el problema
- 2) Afrontamiento centrado en las emociones
- 3) Afrontamiento centrado en la evitación.

Con este re-análisis se consideraron tres tipos de estrategias de afrontamiento, cuya puntuación se obtiene sumando las puntuaciones totales de cada uno y dividiendo por el total de ítems que componen cada estrategia:

- Afrontamiento Racional o Cognitivo-Conductual, formado por 25 ítems (1, 8, 9, 10, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 29, 32, 36, 37, 38, 39, 41, 47, 49, 50, 54, 56, 58 y 59).
- Afrontamiento centrado en las Emociones, formado por 13 ítems. (3, 4, 11, 14, 17, 23, 28, 30, 34, 44, 45, 46 y 52).
- Afrontamiento centrado en la Evitación, formado por 22 ítems. (2, 5, 6, 7, 12, 15, 16, 18, 26, 27, 31, 33, 35, 40, 42, 43, 48, 51, 53, 55, 57 y 60).

El cálculo de la puntuación de cada subescala se realiza mediante el sumatorio de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems que la conforman y dividiendo dicho resultado entre el número total de ítems de cada subescala. El ítem número 15 puntúa de forma inversa.

7) TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE

Es un test utilizado para la valoración de la adhesión al tratamiento en diferentes patologías como hipertensión arterial, SIDA, diabetes, asma, etc. Está validado para la población española y consiste en una serie de cuatro preguntas con respuesta dicotómica si/no que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Se considera cumplidor al paciente que contesta adecuadamente a las cuatro preguntas, es decir, las respuestas dadas por el paciente han de ser No/Sí/No/No, en caso de no ser éstas se considera mal cumplidor. Gil y cols. en un estudio de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico indica que el test puede subestimar al buen cumplidor y sobreestimar el no cumplimiento en un 7.9%, a pesar de todo lo señalan como uno de los mejores métodos indirectos para medir el cumplimiento terapéutico (232).

7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El estudio ha obtenido la aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga. Se ha realizado según las directivas de la Declaración de Helsinki (Frotaleza 2013) y siguiendo las Guías de Buenas Prácticas Clínicas. Todos los datos de carácter personal del estudio cumplieron la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows en su versión 22.0 (SPSS, Inc., Chicago, USA).

ESTUDIO DESCRIPTIVO

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico dependiendo si siguen o no una distribución normal. Los datos categóricos se presentaron en frecuencias.

ESTUDIO ANALÍTICO

Las variables cuantitativas se compararon mediante el test de la *t* de Student. Los datos categóricos se compararon mediante el test de *chi* cuadrado.

Se valoró la existencia de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables mediante la obtención del coeficiente *r* de Pearson.

En base a los resultados de los análisis correlacionales se realizaron regresiones lineales múltiples tomando como predictoras las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas y como variables predichas la calidad de vida, ansiedad y depresión. Las covariables se introdujeron en el modelo final si eran estadísticamente significativas o si su exclusión implicaba modificaciones en los coeficientes o en otras variables.

Se ha tomado como límite para la significación estadística un valor de *p* menor a 0.05 y se han empleado intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

RESULTADOS

1. ESTUDIO DESCRIPTIVO

1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES

En la Tabla 4 se exponen las características sociodemográficas del total de la muestra y del grupo de pacientes con EC y CU.

Tabla 4. Características socio-demográficas de los pacientes					
	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95, 60.5%)	Colitis Ulcerosa (n=62, 39.5%)	Análisis Univariante	Valor de <i>p</i>
Edad (media, DT)	40.43 (12.4)	38.09 (11.09)	44.02 (13.5)	t = -2.9	0.03
Sexo (masculino)	88 (56%)	47 (49%)	41 (66%)	$\chi^2 = 4.2$	0.04
Estado Civil (pareja)	84 (53%)	49 (53%)	35 (56%)	$\chi^2 = 5.2$	0.2
Nivel estudios				$\chi^2 = 4.2$	0.04
Sin estudios	1 (1%)	0	1 (2%)		
Primaria	42 (27%)	26 (27%)	16 (26%)		
Secundaria	68 (43%)	45 (48%)	23 (37%)		
Universitario	46 (29%)	24 (25%)	22 (35%)		
Actividad Laboral				$\chi^2 = 13.5$	0.01
Empleado	86 (55%)	44 (46%)	42 (68%)		
Desempleado	26 (17%)	21 (22%)	5 (8%)		
Estudiante	16 (10%)	11 (12%)	5 (8%)		
Ama de casa	13 (8%)	8 (8%)	5 (8%)		
Jubilado	6 (4%)	2 (2%)	4 (7%)		
Jubilado por EIIC	10 (6%)	9 (10%)	1 (2%)		
Hábito tabáquico				$\chi^2 = 11.2$	0.004
No fumador	77 (49%)	39 (41%)	38 (61%)		
Ex-fumador	37 (24%)	35 (37%)	8 (13%)		
Fumador	43 (27%)	21 (22%)	16 (26%)		
Familiar EIIC	30 (19%)	23 (24%)	7 (11%)		

DT, Desviación típica; EIIC, Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica.

NÚMERO DE PACIENTES DE LA MUESTRA

Se han incluido en el estudio un total de 157 pacientes que cumplían los criterios de inclusión referidos en el apartado Material y Métodos y ninguno de los criterios de exclusión para participar en el estudio.

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES

La edad media de los pacientes fue de 40.43 años (DT=12.4, rango 18-76), 88 (56%) eran hombres y 69 (44%) mujeres.

Los pacientes con CU presentaban una edad mayor que los enfermos de Crohn (media 44.02 vs 38.09) siendo ésta diferencia estadísticamente significativa ($t=-2.99$, $p=0.03$).

El porcentaje de hombres encontrados en el grupo de CU fue mayor que en el de EC (66% vs 49%) como se muestra en el Gráfico 1, la diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2 =4.2$, $p=0.04$).

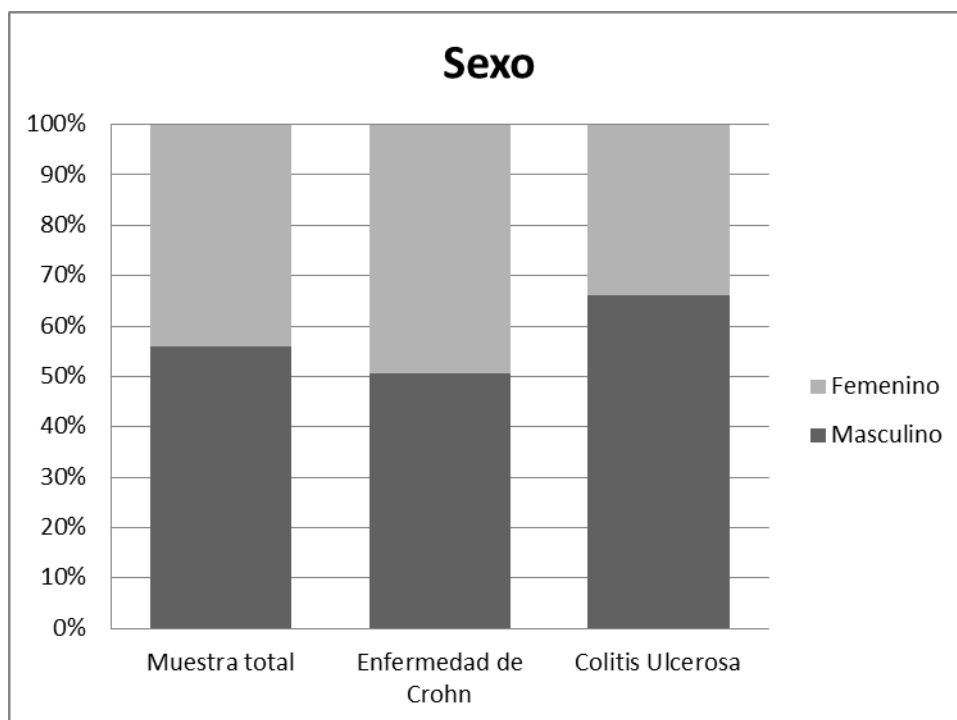


Gráfico 1: Distribución por sexo de los pacientes de la muestra.

SUBTIPO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA

Respecto al diagnóstico de EIIC, 95 pacientes (60.5%) habían sido diagnosticados de EC y 62 pacientes (39.5%) de CU.

ESTADO CIVIL, NIVEL DE ESTUDIOS Y ACTIVIDAD LABORAL

El 53% de los pacientes tenían pareja en el momento del estudio, siendo el resto solteros, viudos o divorciados. No se encontraron diferencias significativas en el estado civil entre los dos subtipos de enfermedad.

Respecto al nivel de estudios, un 43% de los pacientes habían finalizado estudios de secundaria. Gráfico 2.

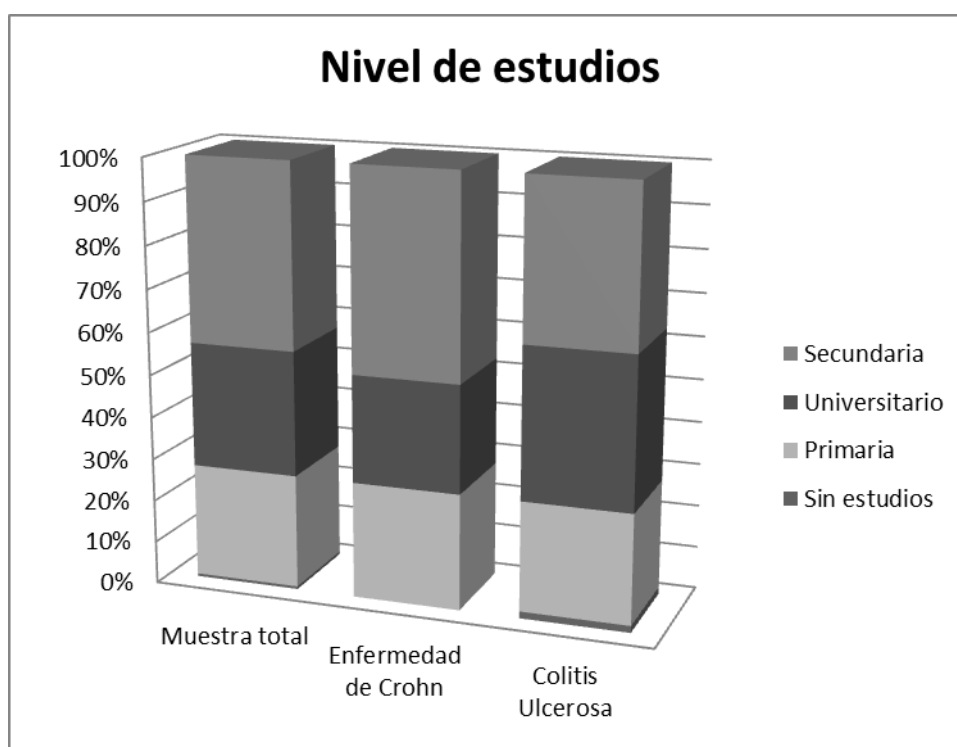


Gráfico 2: Nivel de estudios de los pacientes de la muestra.

En cuanto a su actividad laboral, el 55% se encontraban empleados en el momento del estudio, seguidos del 17% que estaban desempleados, un 10% eran estudiantes, un 8% amas de casa, un 6% jubilados por EIIC y un 4% jubilados por motivo diferente a la EIIC. Gráfico 3.

En el grupo de CU había más pacientes empleados en el momento del estudio que en el grupo de EC (68% en CU vs 46% en EC). Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ($\chi^2=13.5$, $P=0.019$).

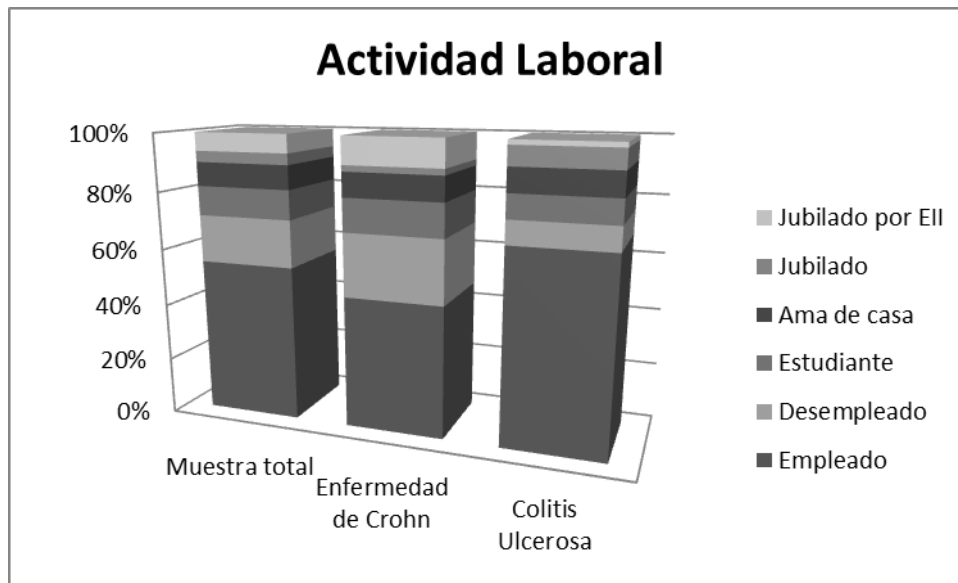


Gráfico 3: Actividad laboral de los pacientes de la muestra.

HÁBITO TABÁQUICO

Setenta y siete pacientes (49%) declararon ser no fumadores, 43 pacientes (27%) eran fumadores y el resto ex-fumadores.

La proporción de pacientes no fumadores fue significativamente mayor en el grupo de CU, encontrando así 38 pacientes (61%) no fumadores en CU y 39 pacientes (41%) no fumadores en EC ($\chi^2=11.2$, $p=0.004$). Gráfico 4.

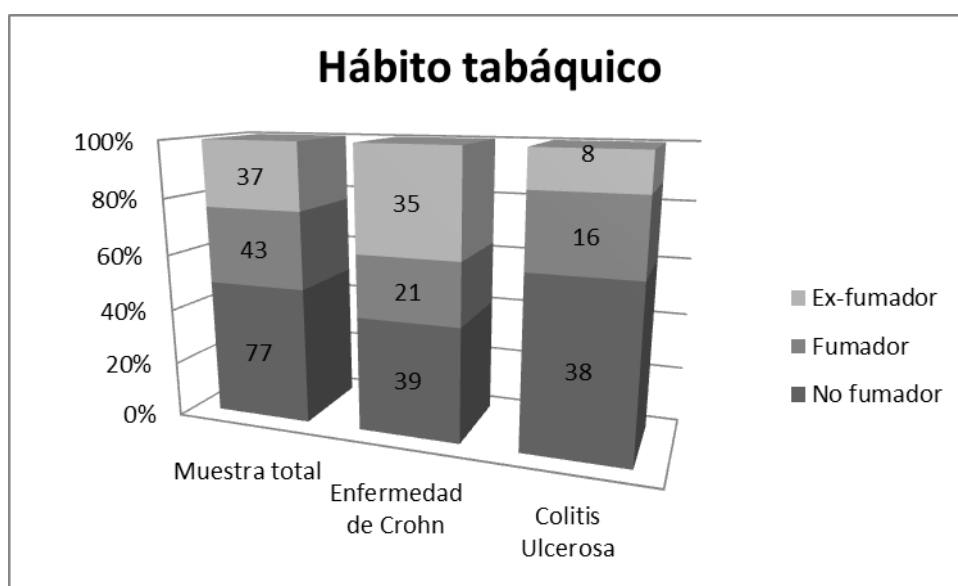


Gráfico 4: Hábito tabáquico en los pacientes de la muestra.

La prevalencia de mujeres fumadoras en el total de la muestra fue mayor a la de hombres fumadores (36%, 25 mujeres vs 20%, 18 hombres) con diferencias marginalmente significativas ($\chi^2=5.1$, $p=0.07$).

HISTORIA FAMILIAR DE EIIC

Del total de la muestra, 30 pacientes (19%) tenían algún familiar de primer o segundo grado diagnosticado de EIIC en el momento del estudio.

PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO PREVIO

Los hallazgos respecto a patología y tratamiento psiquiátrico se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Antecedentes de patología y tratamiento psiquiátrico.						
	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de <i>p</i>	
Tipo de patología				$\chi^2 = 0.73$	0.39	
Ninguna	146 (93%)	87 (92%)	59 (95%)			
Síndrome Depresivo	8 (5%)	6 (6%)	2 (3%)			
Síndrome Ansioso	2 (1%)	1 (1%)	1 (2%)			
Síndrome Ansioso-Depresivo	1 (1%)	1 (1%)	0			
Tratamiento psiquiátrico actual				$\chi^2 = 0.51$	0.47	
Ninguno	130 (83%)	77 (81%)	53 (86%)			
Ansiolítico	15 (10%)	10 (11%)	5 (8%)			
Antidepresivo	7 (4%)	5 (5%)	2 (3%)			
Ansiolítico y antidepresivo	5 (3%)	3 (3%)	2 (3%)			

De los 157 pacientes incluidos en el estudio, 11 (7%) reconocieron presentar sintomatología ansiosa o depresiva (8 depresión, 3 ansiedad), en todos los casos leves y manejadas desde Atención Primaria. Gráfico 5.

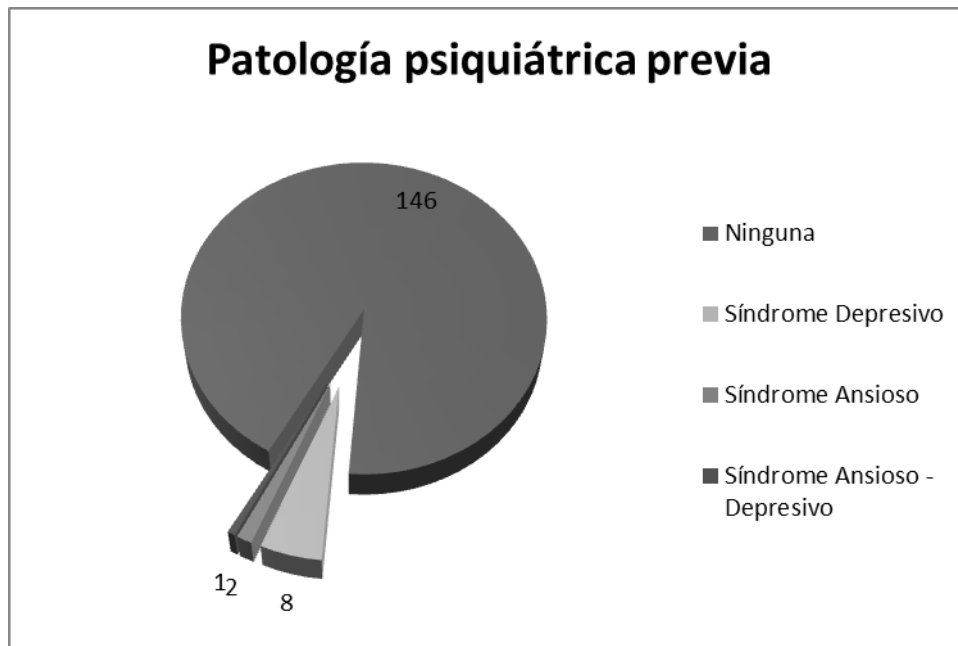


Gráfico 5: Patología psiquiátrica previa del total de la muestra.

Por este motivo, recibían tratamiento 26 pacientes (17%), de ellos, 15 pacientes recibían tratamiento con ansiolíticos, 7 pacientes recibían tratamiento con antidepresivos y 5 pacientes recibían tratamiento combinado con ansiolíticos y antidepresivos. Gráfico 6.

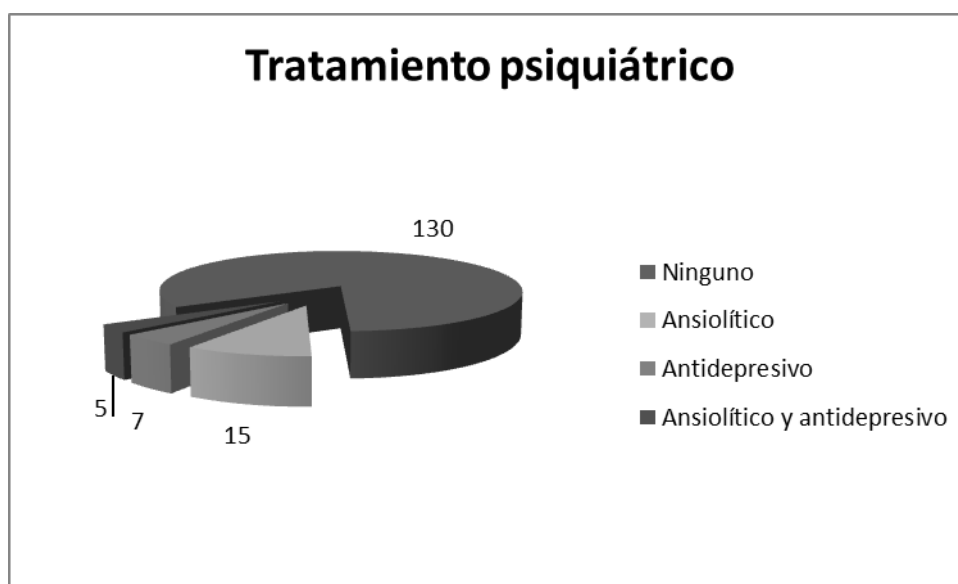


Gráfico 6: Tratamiento psiquiátrico en los pacientes de la muestra.

La prevalencia de sintomatología ansiosa o depresiva conocida fue mayor en el grupo de mujeres (12%, 8 mujeres, frente al 3%, 3 hombres), las diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2=3.97$, $p=0.04$). De acuerdo con esto, también había más mujeres que recibían tratamiento psiquiátrico en el momento de la inclusión en el estudio (17 mujeres, 25%, 10 hombres, 11%, $\chi^2=4.78$, $p=0.02$).

No se observaron diferencias significativas en cuanto a psicopatología y tratamiento psiquiátrico entre pacientes con EC y CU (Tabla 5).

1.2. CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La edad media al diagnóstico de la EIIC fue 29.5 años (DT=12.4) con un tiempo medio de evolución de 10.7 años (DT=7.7).

Los pacientes con EC habían sido diagnosticados a edades más tempranas (26.5 años, DT=11.2) que los del grupo de CU (34.2 años, DT=12.8), con un valor de $t=-3.9$, $p<0.001$. Tabla 6.

Tabla 6. Duración de la enfermedad					
	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de p
Edad al diagnóstico (años, DT)	29.5 (12.4)	26.5 (11.2)	34.2 (12.8)	$t = -3.9$	< 0.001
Tiempo de evolución (años, DT)	10.7 (7.7)	11.4 (7.6)	9.7 (7.7)	$t = 1.3$	0.16

LOCALIZACIÓN Y PATRÓN DE COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

- Enfermedad de Crohn (Tabla 7): 63 pacientes (66%) presentaban afectación ileo-colónica, 22 pacientes (23%) exclusivamente ileal y 10 pacientes (11%) exclusivamente colónica. A esto se añadía patología perianal en 24 pacientes (15%).

El patrón de enfermedad más frecuente entre los pacientes con EC fue el inflamatorio (44 pacientes, 46%), seguido del estenosante (28 pacientes, 30%) y en último lugar el penetrante (23 pacientes, 24%).

No se observaron diferencias significativas en cuanto a localización y comportamiento de la enfermedad entre hombres y mujeres.

- Colitis Ulcerosa (Tabla 7): 27 pacientes (44%) presentaban pancolitis, 28 pacientes (45%) colitis izquierda y 5 pacientes (8%) proctitis.

Se incluyeron 2 pacientes con colectomía subtotal previa en seguimiento en consulta por pouchitis (3%).

Dos pacientes con diagnóstico de CU asociaban enfermedad perianal.

No se observaron diferencias significativas en cuanto a localización de la enfermedad entre hombres y mujeres.

Tabla 7. Clasificación de Montreal de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria				
	Enfermedad de Crohn (n=95)		Colitis Ulcerosa (n=62)	
Edad al diagnóstico (A)	A1 (<16 años)	14 (15%)		
	A2 (17-40 años)	65 (68%)		
	A3 (>40 años)	16 (17%)		
Localización (L)	L1 (ileal)	22 (23%)	E1 (proctitis)	5 (8%)
	L2 (colónica)	10 (11%)	E2 (izquierda)	28 (45%)
	L3 (ileocolónica)	63 (66%)	E3 (pancolitis)	27 (44%)
	Tracto superior	0	Pouchitis	2 (3%)
Comportamiento (B)	B1 (inflamatorio)	44 (46%)		
	B2 (estenosante)	28 (30%)		
	B3 (penetrante)	23 (24%)		
	p (perianal)	24 (15%)		

En el momento de su inclusión en el estudio, 12 pacientes (8%) del total de la muestra, presentaban fístula activa. Diez de ellos con EC y 2 con CU.

Seis pacientes (4%) del total de la muestra, portaban ostomía al ser incluidos en el estudio y la habían portado previamente 5 pacientes (3%).

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES

La mayoría de los pacientes no presentaban MEI (124 pacientes, 79%) y de los que las presentaban, en su mayoría eran articulares (23 pacientes, 14%), seguido de cutáneas (5 pacientes, 3%), oculares (1 paciente) y fenómenos trombóticos (1 paciente). Tres pacientes (2%) presentaban una combinación de varias. Gráfico 7.

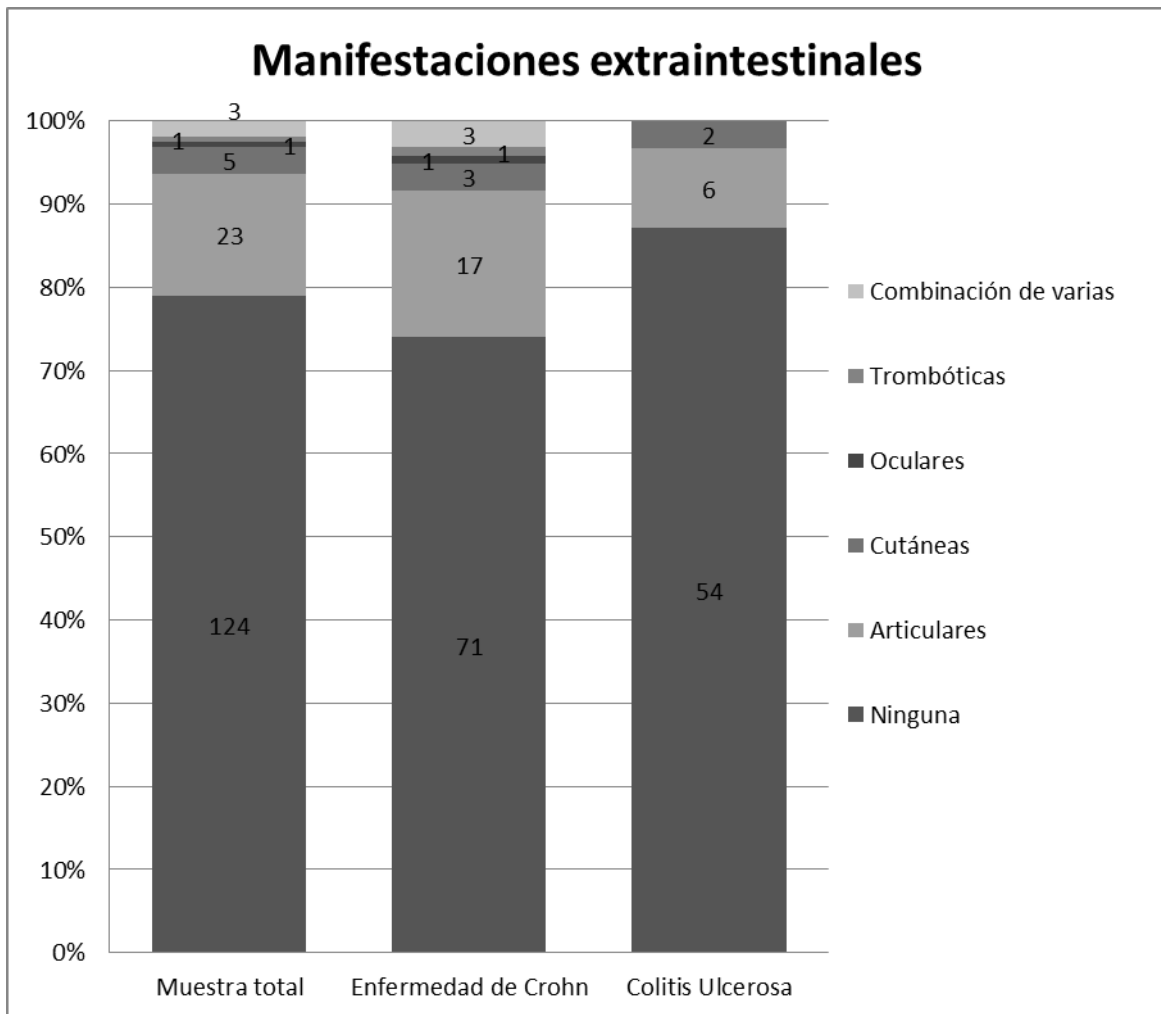


Gráfico 7: Manifestaciones extraintestinales en los pacientes de la muestra.

La manifestación articular encontrada con mayor frecuencia fue la artropatía periférica (20 pacientes), en el caso de las cutáneas el eritema nodoso (3 pacientes).

Se observó un porcentaje mayor de MEI en los pacientes con EC (75% frente al 49% en CU), si bien esta diferencia fue marginalmente significativa ($\chi^2=3.5$, $p=0.06$).

Las mujeres de la muestra presentaban con más frecuencia MEI (33% de las mujeres vs 18% de los hombres) lo que resultó estadísticamente significativo ($\chi^2=12.7$, $p<0.001$).

CIRUGÍA PREVIA

Se analizó la frecuencia con que los pacientes de la muestra habían requerido cirugía motivada por la EIIC a lo largo de la evolución de su enfermedad. Se obtuvo que 52 pacientes (33%) habían precisado cirugía, siendo la más frecuente la resección intestinal (28 pacientes, 18%), seguida de la cirugía perianal (15 pacientes, 10%), combinación de cirugía resectiva y perianal (6 pacientes, 3%), colectomía (2 pacientes, 1%) y en último lugar cirugía derivativa (1 paciente, 1%).

Como era esperable un porcentaje mayor de pacientes de EC precisó cirugía a lo largo de su evolución (49 pacientes, 52% en EC; 3 pacientes, 5% en CU), las diferencias en cuanto a la necesidad de cirugía entre los dos subtipos de enfermedad resultaron estadísticamente significativas, con un valor de $\chi^2=4.3$, $p<0.001$. Gráfico 8.

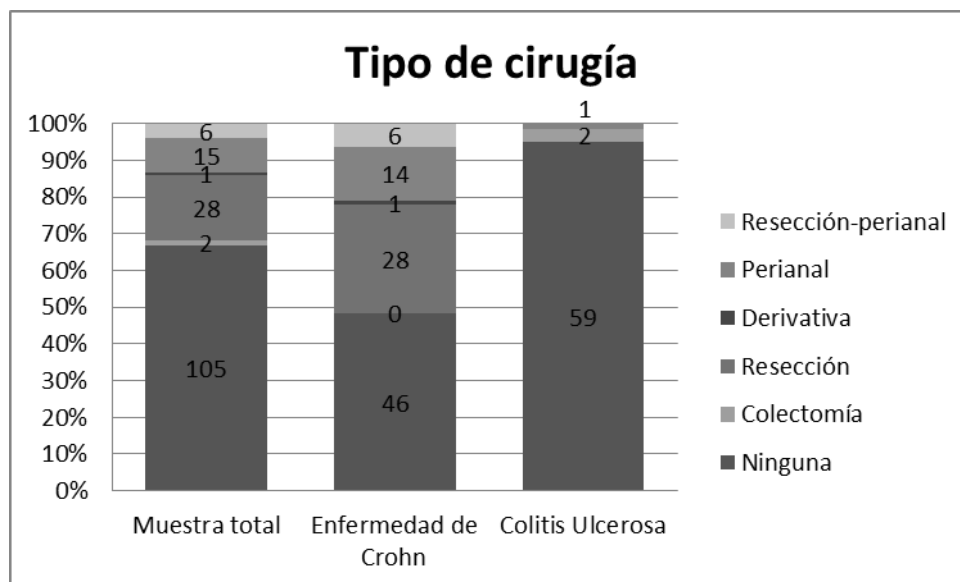


Gráfico 8: Cirugía en la EIIC.

TRATAMIENTO

Se clasificó a los pacientes en 6 grupos terapéuticos (descritos en el apartado Material y Métodos), escogiéndose el de mayor escalón que recibía cada uno en el momento de su inclusión en el estudio, sin olvidar que un porcentaje elevado de pacientes recibe una combinación de fármacos indicados para el tratamiento de la EIIC. Tabla 8, Gráfico 9.

Tabla 8. Tratamiento de los pacientes						
		Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de P
Tratamiento	Sin tratamiento	2 (1%)	2 (2%)	0	$\chi^2 = 38$	< 0.001
	5-ASA	37 (23%)	8 (9%)	28 (45%)		
	Inmunomoduladores	68 (44%)	47 (49%)	22 (35%)		
	Biológicos	41 (26%)	34 (36%)	7 (12%)		
	Leucocitoaféresis	3 (2%)	0	3 (5%)		
	Corticoides	6 (4%)	4 (4%)	2 (3%)		

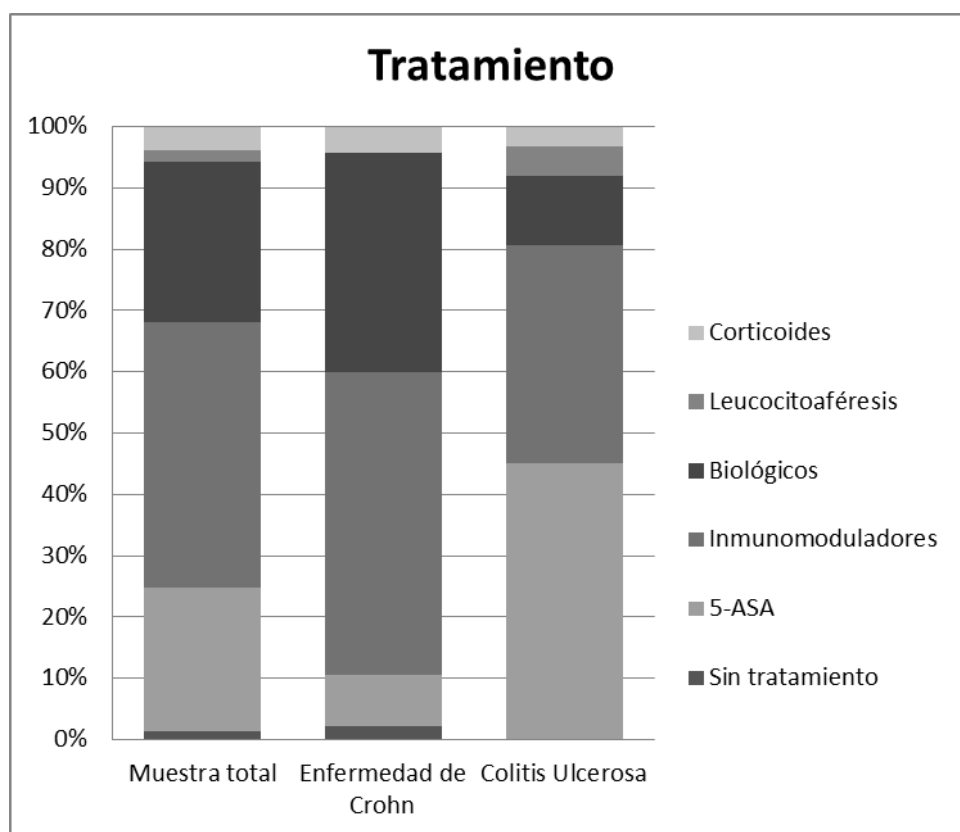


Gráfico 9: Tratamiento para la EIIC.

El tratamiento más ampliamente recibido por los pacientes en el momento de su inclusión en el estudio fueron inmunomoduladores (azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexate), indicados en 68 pacientes, seguido de anti-

TNF- α (infliximab, adalimumab, golimumab) en 41 pacientes, 5-ASA en 37 pacientes, tratamiento único con corticoides en 6 pacientes y por último leucocitoaféresis, en 3 pacientes. Dos pacientes no recibían ningún tipo de tratamiento.

Existe un porcentaje mayor de enfermos de Crohn (84%, 80 pacientes) que recibía fármacos de escalones terapéuticos superiores (inmunomoduladores, biológicos o leucocitoaféresis) que de CU (50%, 32 pacientes), esta diferencia resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=19.4$, $p<0.001$).

Recibían tratamiento corticoideo adicional a su tratamiento habitual durante la inclusión en el estudio 28 pacientes (18%), de ellos 20 con EC y 8 con CU, sin que existieran diferencias significativas.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

El porcentaje total de pacientes con adecuada adhesión al tratamiento según el test de Morisky-Green-Levine fue del 74% (116 pacientes), sin diferencias entre los dos subtipos de enfermedad (77% en EC y 70% en CU).

Tampoco se observaron diferencias significativas en cuanto a la adhesión al tratamiento entre hombres y mujeres.

CORTICODEPENDENCIA Y CORTICORREFRACTARIEDAD

Habían presentado criterios de corticodependencia a lo largo de su enfermedad 106 pacientes (67%) y corticorrefractariedad 14 pacientes (9%).

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el número de pacientes con criterios de corticodependencia y corticorrefractariedad entre

el grupo de EC y CU. Las tasas de corticodependencia fueron mayores para la EC (86%, frente al 39% en CU; $\chi^2=38.7$, $p<0.001$). Un 21% de los pacientes de CU presentaron corticorretractariedad en algún momento de su enfermedad (1% en EC; $\chi^2=18.3$, $p<0.001$). Tabla 9.

Tabla 9: Corticodependencia y Corticorretractariedad en la EIIC

	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Valor de P
Corticodependencia	82 (86%)	24 (39%)	<0.001
Corticorretractariedad	1 (1%)	13 (21%)	<0.001

DEMANDA ASISTENCIAL Y RECAÍDAS

Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 10.

El número medio de visitas programadas anuales a consulta externa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en los pacientes de la muestra es 3.1 (DT=1.03).

Los pacientes con EC requerían mayor número de visitas programadas a consulta anuales (media: 3.3, DT=1.04) que aquellos con CU (media: 2.8, DT=0.9), diferencias que resultaron estadísticamente significativas ($t=3.1$, $p=0.002$).

Cincuenta y nueve pacientes (38%) habían presentado recaída de la enfermedad en el último año (definida como la necesidad de tratamiento corticoideo), con un número medio de recaídas de 0.49 (DT=0.85). Se observaron diferencias marginalmente significativas ($t=1.8$, $p=0.07$) en el número de recaídas en el último año entre EC y CU (media EC: 0.59, DT=0.9, media CU: 0.34, DT=0.7).

Precisaron ingreso hospitalario por brote de la enfermedad en el año previo a su inclusión en el estudio 20 pacientes (13%) del total de la muestra. Un 18% de los pacientes con EC frente a un 5% de los pacientes con CU

precisaron ingreso hospitalario en el último año, diferencia que fue estadísticamente significativa ($\chi^2=5.7$ y $p=0.01$).

Cuarenta y ocho pacientes (31%), acudieron de forma urgente a consulta externa de EIIC en el año previo y el número medio de visitas urgentes fue de 0.59 (DT=1.2). No existieron diferencias significativas en el número de visitas entre EC y CU ($t=0.59$, $p=0.55$) y tampoco entre mujeres y hombres ($t=-0.76$, $p=0.44$).

Tabla 10: Demanda asistencial y recaídas en los pacientes de la muestra

	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de p
Demanda asistencial					
Número de visitas programadas a consulta/año (media, DT)	3.1 (1.03)	3.3 (1.04)	2.8 (0.9)	t = 3.1	0.002
Pacientes con visitas urgentes a consulta último año	48 (31%)	34 (36%)	23 (14%)	$\chi^2 = 3.08$	0.07
Número de visitas urgentes a consulta último año (media, DT)	0.59 (1.2)	0.64 (1.2)	0.52 (1.3)	t = 0.5	0.5
Pacientes con hospitalización en último año	20 (13%)	17 (18%)	3 (5%)	$\chi^2 = 5.7$	0.01
Recaídas en el último año					
Pacientes con recaída en último año	59 (38%)	43 (45%)	16 (26%)	$\chi^2 = 6.05$	0.01
Número de recaídas en último año (media, DT)	0.49 (0.85)	0.59 (0.9)	0.34 (0.7)	t = 1.8	0.07

DETERMINACIONES ANALÍTICAS

Los valores analíticos encontrados en el momento en que se incluyeron los pacientes en el estudio fueron:

- Hemoglobina: el valor medio fue 13.4 g/dL (DT= 1.6). Se detectaron niveles de hemoglobina definidos en Material y Métodos como “bajos” en 28 pacientes (18%).
- Plaquetas: el valor medio fue 277000 U/L (DT=77000). Se detectaron niveles de plaquetas definidos como “altos” en 12 pacientes (7.6%).

- Leucocitos: el valor medio fue 6700 U/L (DT=2200). Se detectaron niveles leucocitos definidos como "altos" en 9 pacientes (6%).
- PCR: debido a que en el laboratorio de nuestro hospital todas las determinaciones de PCR inferiores a 3.1mg/L no se cuantifican no pudimos calcular la media, si bien observamos que 88 pacientes (56%) presentaron una PCR <3.1 mg/L y 69pacientes (44%) presentaron PCR >3.1 mg/L (50 pacientes con EC y 19 con CU), el nivel más alto fue 76.9 mg/L.

Se encontraron niveles inferiores de hemoglobina y superiores de plaquetas y leucocitos en los casos de EC, pero fueron mínimos y con diferencias no significativas para leucocitos y marginalmente significativas para hemoglobina y plaquetas (hemoglobina media en EC: 13.3, en CU: 13.7, $t=-1.6$, $p=0.1$; plaquetas media en EC: 285000, en CU: 264000, $t=1.6$, $p=0.09$; leucocitos media en EC: 6968, en CU: 6537, $t=1.6$, $p=0.2$).

ÍNDICES CLÍNICOS DE ACTIVIDAD DE LA EIIC

- Índice de Harvey-Bradshaw: el valor medio del índice fue 3.56 (DT=3.34, rango 0-22). Se observó un índice mayor a 6 en 13 pacientes (14%). Gráfico 10.

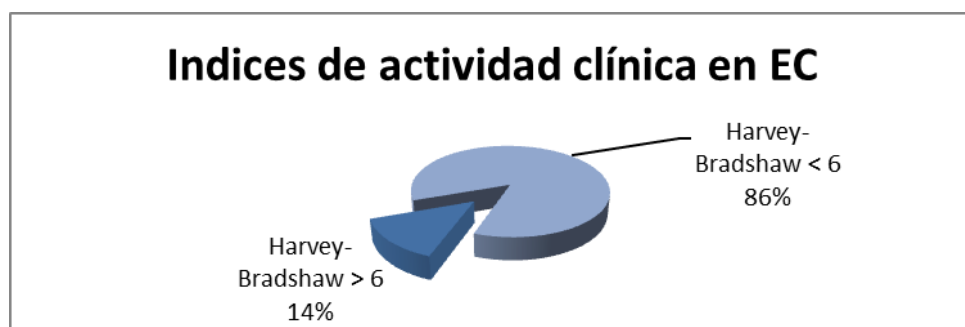


Gráfico 10: Índices de actividad clínica en EC.

- Índice de Walsmsley: el valor medio del índice fue 2.50 (DT=3.02, rango 0-13). Se observó un índice mayor a 2 en 23 pacientes (37%). Gráfico 11.

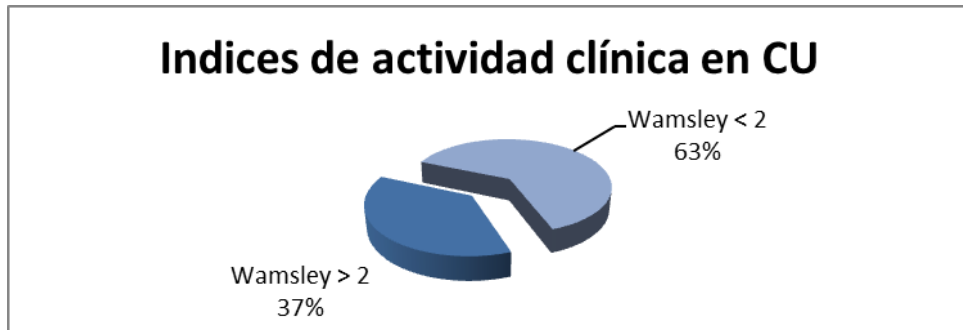


Gráfico 11: Índices de actividad clínica en CU.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los índices de actividad entre hombres y mujeres.

SEVERIDAD EVOLUTIVA Y ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

PACIENTES CON DATOS DE SEVERIDAD EVOLUTIVA:

Al valorar la severidad de la enfermedad de los pacientes de la muestra, distinguimos entre aquellos que presentaron datos de severidad evolutiva (descritos en el apartado Material y Métodos) y aquellos que no los presentaron. Se cuantificó la severidad evolutiva calculando el sumatorio de ítems de severidad evolutiva que presentó cada paciente.

Presentaron algún dato clínico de severidad evolutiva 117 pacientes (74%), la puntuación media de los ítems de severidad evolutiva fue 2.14 (DT=1.43, rango 0-6). Existieron diferencias entre las puntuaciones medias de severidad evolutiva en EC y CU (media 2.57 vs 1.48 respectivamente; $t=4.69$, $p<0.001$).

Un 20% (31 pacientes) presentó severidad evolutiva exclusivamente por recibir tratamiento inmunomodulador, sin otro dato de severidad evolutiva asociado.

PACIENTES CON DATOS DE SEVERIDAD ACTUAL:

Asimismo se distinguieron aquellos pacientes que mostraron datos de severidad actual (descritos en el apartado Material y Métodos) y los que no los presentaron. Se cuantificó la severidad actual calculando el sumatorio de ítems de severidad actual que presentó cada paciente. De entre los pacientes con datos de severidad actual se identificaron los que precisaron demanda asistencial en el año previo (ingreso hospitalario, visitas urgentes a consultas o ambos).

Presentaron datos clínicos de severidad actual 68 pacientes (43%), el valor medio de severidad actual fue 2.07 (DT=1.82, rango 0-7). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de severidad actual en EC y CU (media 2.60 vs 1.25 respectivamente; $t=4.82$, $p<0.001$).

CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Mediante el test IBDQ-9 se cuantificó la calidad de vida en los pacientes de la muestra obteniendo una puntuación media de 43.9 (DT=10.9).

Las puntuaciones medias para calidad de vida fueron similares en pacientes con EC y CU (43.6 vs 44.3) y las diferencias encontradas entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas. Tabla 11.

Tabla 11: Resultados en la escala IBDQ-9, diferencias en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de P
Puntuación IBDQ-9 (Media, DT)	43.9 (10.9)	43.6 (10.6)	44.3 (11.5)	t = -0.3	0.7

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;

En mujeres se obtuvo una puntuación significativamente menor que en hombres (media 41.1 vs 46.1 respectivamente; $t=2.7$, $p 0.006$). Tabla 12.

Tabla 12: Resultados en la escala IBDQ-9, diferencias en hombres y mujeres

	Hombres (n=88)	Mujeres (n=69)	Análisis Univariante	Valor de P
Puntuación IBDQ-9 (Media, DT)	46.1 (9.5)	41.1 (12)	t = 2.7	0.006

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;

1.3. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los datos obtenidos se presentan en las Tablas 13-14 los Gráficos 12-13.

-ANSIEDAD:

La puntuación media en la subescala de ansiedad del cuestionario HADS fue 7.5 (DT=4.3).

Un 23% (36 pacientes) del total de la muestra presentó valores para ansiedad mayores a 10, lo que corresponde a un probable trastorno ansioso, un 26% (40 pacientes) presentó puntuaciones comprendidas entre 8 y 10 consideradas como dudoso trastorno de ansiedad.

Los enfermos de Crohn presentaron puntuaciones medias más elevadas que los de CU en la subescala de ansiedad (7.7 vs 7.3), pero las diferencias encontradas no fueron significativas ($t=0.6$, $p=0.5$).

Respecto al sexo, la puntuación media de la subescala fue mayor en mujeres que en hombres (8.1 vs 7.1), si bien las diferencias entre ambos grupos tampoco fueron estadísticamente significativas ($t=-1.5$, $p=0.1$).

-DEPRESIÓN:

La puntuación media del total de los pacientes en la subescala de depresión del cuestionario HADS fue 4.4 (DT=3.8).

En un 8% (12 pacientes) del total de la muestra la puntuación en la escala de depresión fue mayor a 10, lo que corresponde a un probable trastorno depresivo. En un 15% (23 pacientes) la puntuación estuvo comprendida entre 8 y 10 consideradas como dudoso trastorno depresivo.

Al igual que sucedía para la ansiedad, los enfermos de Crohn presentaron puntuaciones medias más elevadas que los de CU en la subescala de ansiedad (4.7 vs 3.9), pero las diferencias encontradas tampoco fueron estadísticamente significativas ($t=1.2$, $p=0.2$).

Respecto al sexo, la puntuación media de la subescala fue mayor en mujeres que en hombres (4.7 vs 4.2), si bien las diferencias entre ambos grupos tampoco fueron significativas ($t=-0.7$, $p=0.4$).

Tabla 13: Resultados en la escala HADS, diferencias en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de <i>p</i>
Puntuación en Ansiedad (Media, DT)	7.5 (4.3)	7.7 (4.2)	7.3 (4.6)	0.6	0.5
Dudoso TA ^a	40 (26%)	26 (27%)	14 (23%)		
Probable TA ^b	36 (23%)	20 (21%)	16 (26%)		
Puntuación en Depresión (Media, DT)	4.4 (3.8)	4.7 (3.6)	3.9 (4.1)	1.2	0.2
Dudoso TD ^c	23 (15%)	16 (17%)	7 (11%)		
Probable TD ^d	12 (8%)	8 (8%)	4 (7%)		

Prueba *t* para muestras independientes; DT: Desviación típica; TA: Trastorno ansioso; TD: Trastorno depresivo.
Puntuación escalas: a, c: Ansiedad (depresión) ≤ 10 ; b, d: Ansiedad (depresión) > 10 .

Tabla 14: Resultados en la escala HADS, diferencias en hombres y mujeres

	Hombres (n=88)	Mujeres (n=69)	Análisis Univariante	Valor de <i>p</i>
Puntuación en Ansiedad (Media, DT)	7.1 (4.1)	8.1 (4.5)	t = -1.5	0.1
Dudoso TA ^a	22 (25%)	18 (26%)		
Probable TA ^b	19 (22%)	17 (25%)		
Puntuación en Depresión (Media, DT)	4.2 (3.5)	4.7 (4.1)	t = -0.7	0.4
Dudoso TD ^c	15 (17%)	8 (12%)		
Probable TD ^d	5 (6%)	7 (10%)		

Prueba *t* para muestras independientes; DT: Desviación típica; TA: Trastorno ansioso; TD: Trastorno depresivo.
Puntuación escalas: a, c: Ansiedad (depresión) 8 - 10; b, d: Ansiedad (depresión) > 10.

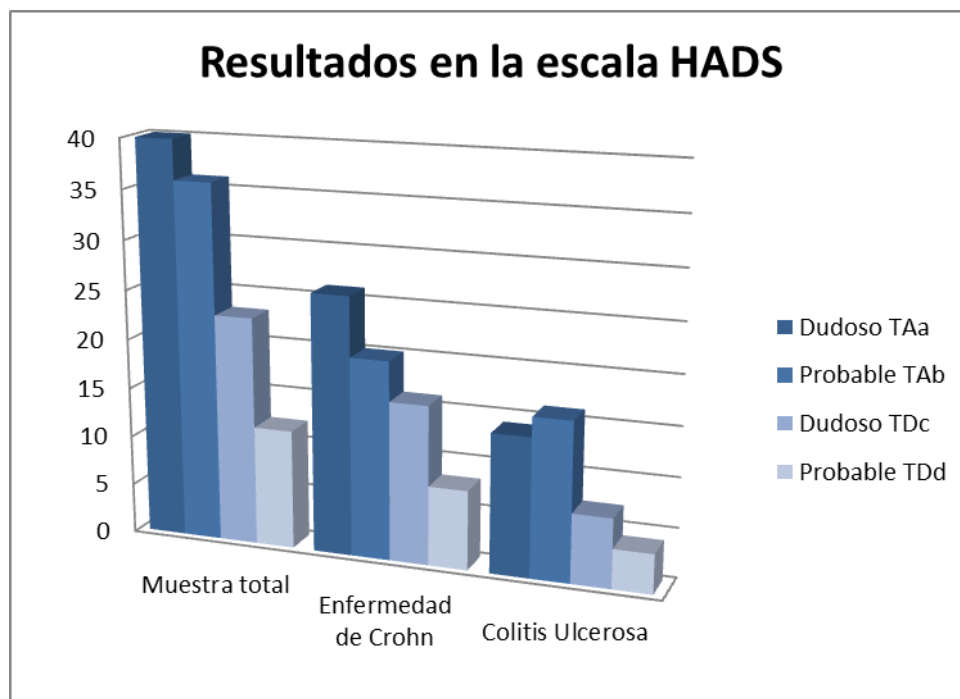


Gráfico 12: Resultados en la escala HADS, diferencias en EC y CU

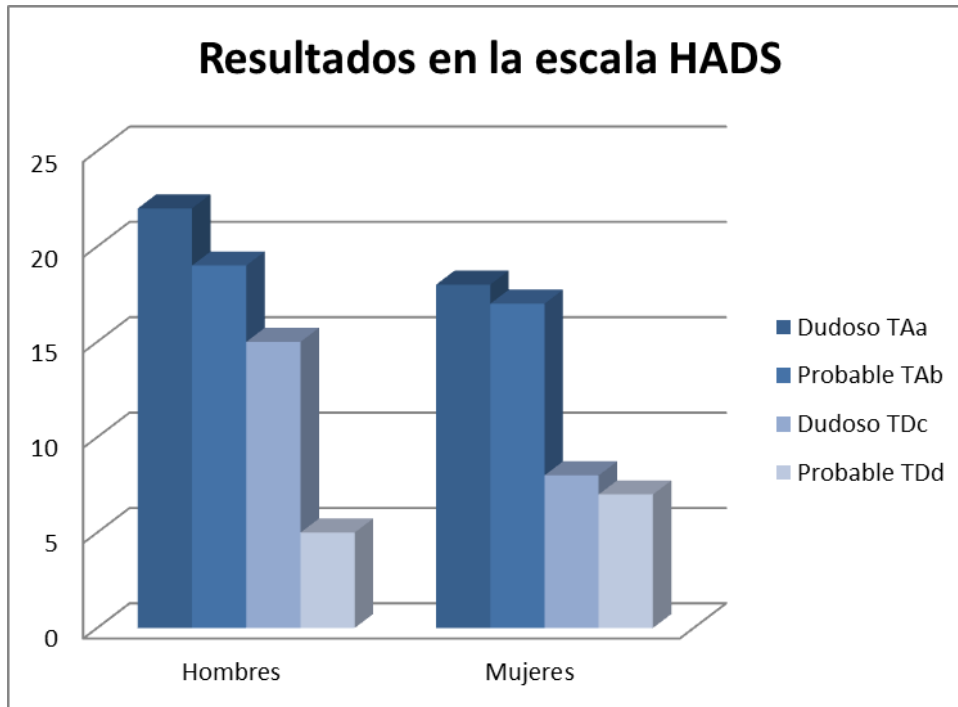


Gráfico 13: Resultados en la escala HADS, diferencias en hombres y mujeres

RESILIENCIA

Los datos obtenidos se presentan en las Tablas 15-16 y en los gráficos 14-15.

La puntuación media en la escala de resiliencia del total de los sujetos incluidos en el estudio fue 129.8 (DT=19.6).

Según la puntuación de cada paciente se subclasificó en "Resiliencia alta" (superior a 146 puntos, 19% de los pacientes), "Resiliencia media" (121-146 puntos, 53% de los pacientes) y "Resiliencia baja" (menor a 121 puntos, 29%).

Los niveles de resiliencia fueron mayores en los pacientes con CU (media en EC 128.7, media CU 131.6), pero las diferencias encontradas entre ambos grupos no fueron significativas ($t=-0.8$, $p=0.3$).

La media de las puntuaciones de resiliencia en mujeres fue mayor a las de los hombres (131.2 vs 128.7), sin que las diferencias encontradas fueran significativas ($t=-0.7$, $p=0.4$).

Tabla 15: Resultados en la escala de Resiliencia, diferencias en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa					
	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de <i>p</i>
Puntuación Resiliencia (Media, DT)	129.8 (19.6)	128.7 (19)	131.6 (20)	$t = -0.8$	0.3
Baja Resiliencia ^a	46 (29%)	34 (36%)	12 (19%)		
Media Resiliencia ^b	83 (53%)	46 (48%)	37 (60%)		
Alta Resiliencia ^c	28 (19%)	15 (16%)	13 (21%)		

Prueba *t* para muestras independientes; DT: Desviación típica;
Puntuación escala: a: <121; b: 121 - 146; c: >146.

Tabla 16: Resultados en la escala de Resiliencia, diferencias en hombres y mujeres				
	Hombres (n=88)	Mujeres (n=69)	Análisis Univariante	Valor de <i>p</i>
Puntuación Resiliencia (Media, DT)	128.7 (20)	131.2 (18)	$t = -0.7$	0.4
Baja Resiliencia ^a	27 (31%)	19 (28%)		
Media Resiliencia ^b	45 (51%)	38 (55%)		
Alta Resiliencia ^c	16 (18%)	12 (17%)		

Prueba *t* para muestras independientes; DT: Desviación típica;
Puntuación escala: a: <121; b: 121 - 146; c: >146.

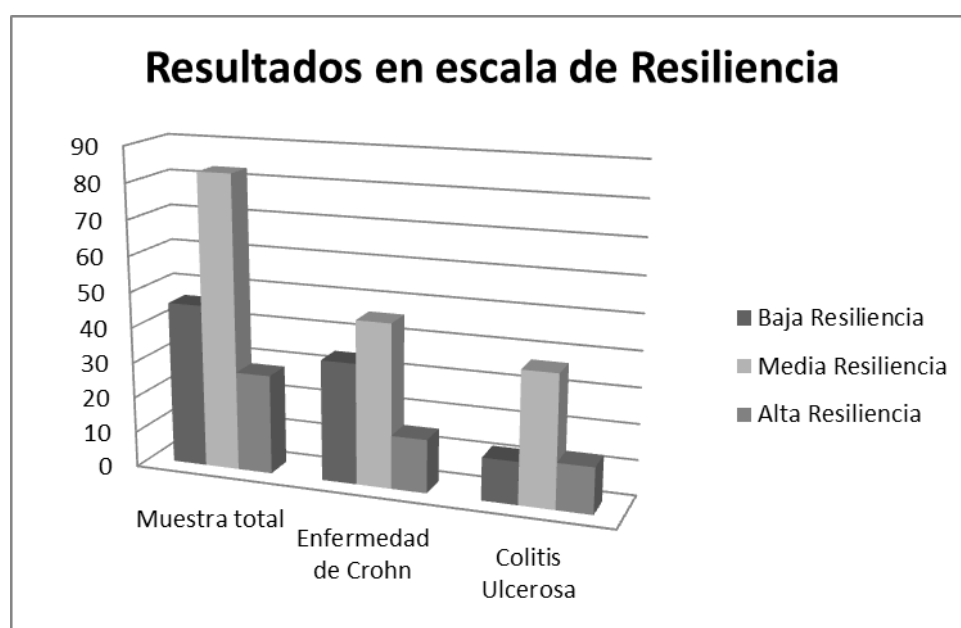


Gráfico 14: Resultados en la escala de Resiliencia, diferencias en EC y CU

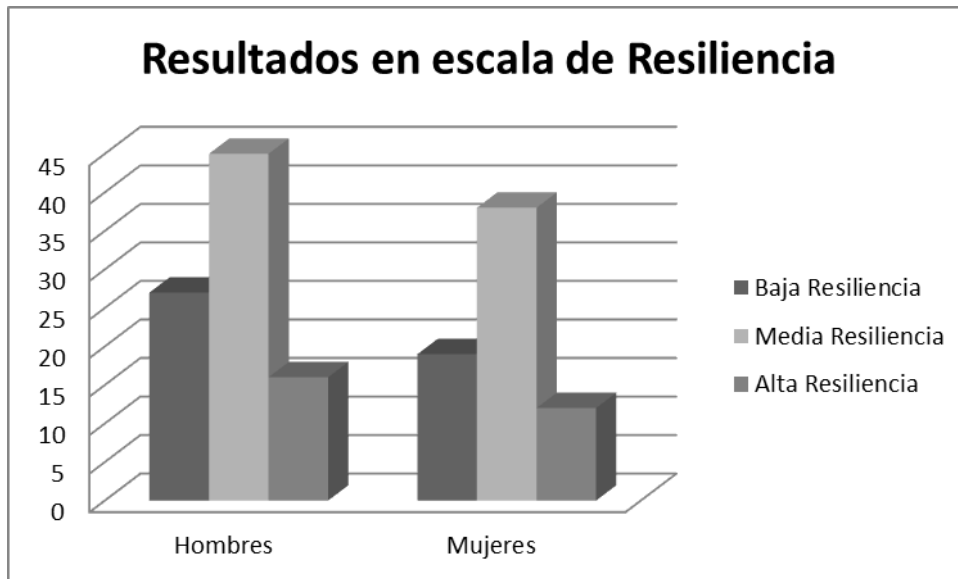


Gráfico 15: Resultados en la escala de Resiliencia, diferencias en hombres y mujeres

OPTIMISMO

Los datos obtenidos se presentan en las Tablas 17-18.

Mediante el cuestionario LOT-R se ha obtenido una puntuación media de optimismo en el total de la muestra de 19.5 (DT=3.9).

Se ha utilizado la mediana de la muestra como punto de corte para diferenciar entre niveles de optimismo alto y bajo.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de optimismo entre pacientes con EC y CU ($t=-0.4$, $p=0.6$), tampoco entre varones y mujeres ($t=-0.3$, $p=0.7$).

Tabla 17: Resultados en Optimismo, diferencias en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de p
Puntuación Optimismo (Media, DT)	19.5 (3.9)	19.4 (3.8)	19.6 (3.9)	$t = -0.4$	0.6

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;

Tabla 18: Resultados en Optimismo, diferencias en hombres y mujeres

	Hombres (n=88)	Mujeres (n=69)	Análisis Univ	Valor de <i>p</i>
Puntuación Optimismo (Media, DT)	19.4 (3.9)	19.6 (3.8)	t = -0.3	0.7

Prueba *t* para muestras independientes; DT: Desviación típica;

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Se han obtenido las puntuaciones totales de cada paciente en cada una de las tres dimensiones de la inteligencia emocional (Atención, Claridad y Reparación) empleando el cuestionario TMMS-24.

Se consideró: Escasa, adecuada y excesiva atención a las emociones; escasa, adecuada y excelente claridad de las emociones y escasa, adecuada y excelente reparación de las emociones (según se expone en el apartado Material y Métodos).

- ATENCIÓN:

Los datos obtenidos se presentan en las Tablas 19-20 y Gráficos 16-17.

La puntuación media obtenida en la dimensión atención de la inteligencia emocional para el total de la muestra fue 24.8 (DT=7.2).

La mayor parte de los pacientes presentaron un nivel de atención a las emociones adecuado (55%, 86 pacientes), seguido de un nivel de atención escaso (35%, 55 pacientes) y excesivo (10%, 16 pacientes).

Se encontraron diferencias marginalmente significativas en las puntuaciones de atención a las emociones entre los pacientes con EC y CU (media para EC 25.5, media para CU 23.8, $t=1.4$, $p=0.1$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de atención a las emociones entre mujeres y hombres ($t=0.01$, $p=0.9$).

Tabla 19: Resultados en la dimensión Atención de la Inteligencia Emocional, diferencias en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de p
Puntuación Atención (Media, DT)	24.8 (7.2)	25.5 (6.8)	23.8 (7.7)	$t = 1.4$	0.1
Escasa Atención ^a	55 (35%)	28 (30%)	27 (43%)		
Adecuada Atención ^b	86 (55%)	57 (60%)	29 (47%)		
Excesiva Atención ^c	16 (10%)	10 (10%)	6 (10%)		

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;
Puntuación escala: a: hombres ≤ 21 , mujeres ≤ 24 ; b: hombres 22 - 32, mujeres 25 - 35 y c: hombres ≥ 33 , mujeres ≥ 36 .

Tabla 20: Resultados en la dimensión Atención de la Inteligencia Emocional, diferencias en hombres y mujeres

	Hombres (n=88)	Mujeres (n=69)	Análisis Univariante	Valor de P
Puntuación Atención (Media, DT)	24.8 (7)	25.2 (6)	$t = 0.01$	0.9
Escasa Atención ^a	28 (32%)	27 (39%)		
Adecuada Atención ^b	49 (56%)	37 (54%)		
Excesiva Atención ^c	11 (12%)	5 (7%)		

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;
Puntuación escala: a: hombres ≤ 21 , mujeres ≤ 24 ; b: hombres 22 - 32, mujeres 25 - 35 y c: hombres ≥ 33 , mujeres ≥ 36 .

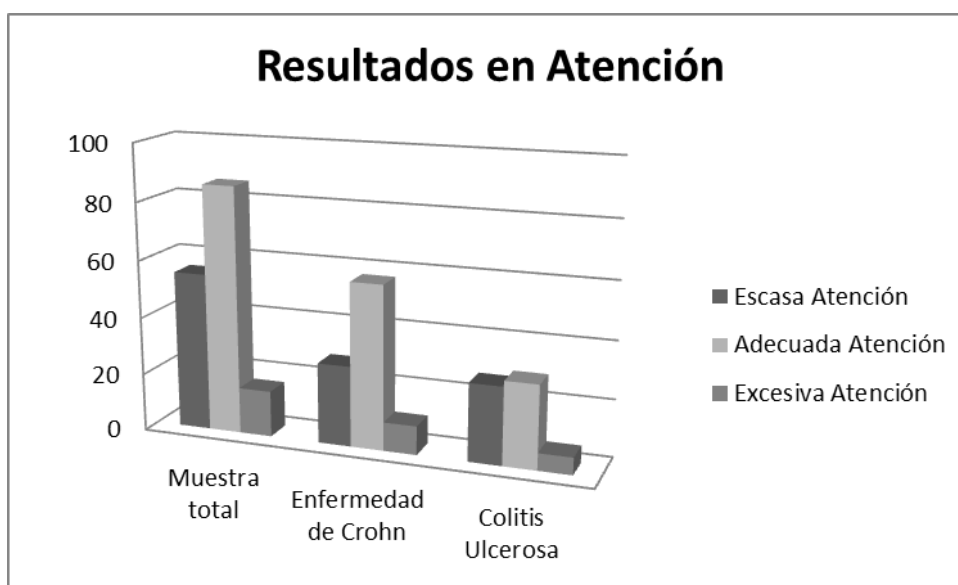


Gráfico 16: Resultados en la dimensión Atención de la Inteligencia Emocional, diferencias en EC y CU.

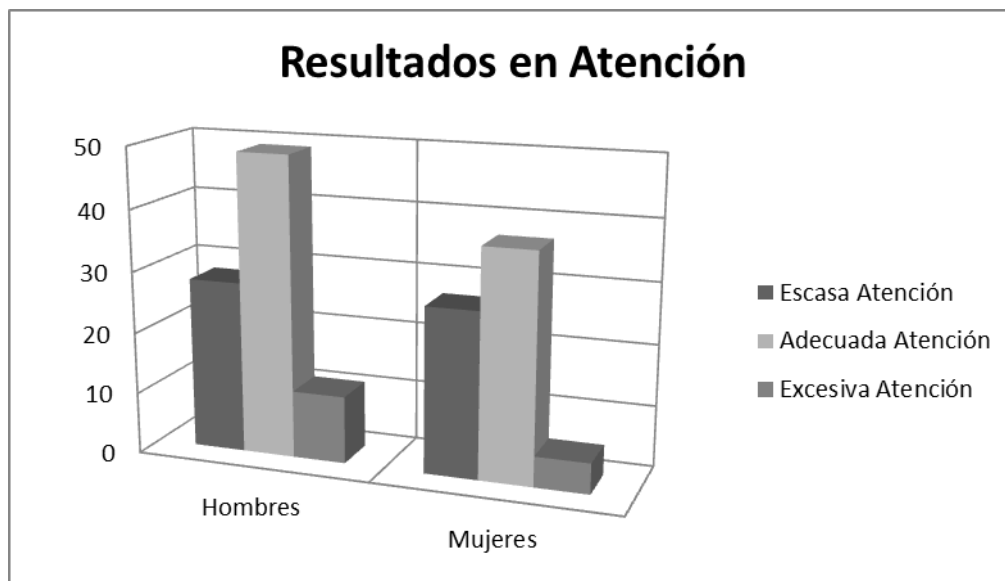


Gráfico 17: Resultados en la dimensión Atención de la Inteligencia Emocional, diferencias en hombres y mujeres.

- CLARIDAD:

Los datos obtenidos se presentan en las Tablas 21-22 y Gráficos 18-19.

La puntuación media obtenida en la dimensión claridad de las emociones para el total de la muestra fue 27.04 (DT=6.7).

La mayor parte de los pacientes presentaron un nivel de claridad de las emociones adecuado (52%, 81 pacientes), seguido de un nivel de claridad escaso (38%, 60 pacientes) y excelente (10%, 16 pacientes). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos de EC y CU ($t=-0.5$, $p=0.5$) ni entre mujeres y hombres ($t=0.1$, $p=0.8$).

Tabla 21: Resultado en la dimensión Claridad de la Inteligencia Emocional, diferencias en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de p
Puntuación Claridad (Media, DT)	27.04 (6.7)	26.8 (6.4)	27.4 (7.1)	t = -0.5	0.5
Escasa Claridad ^a	60 (38%)	37 (39%)	23 (37%)		
Adecuada Claridad ^b	81 (52%)	47 (49%)	34 (55%)		
Exelente Claridad ^c	16 (10%)	11 (12%)	5 (8%)		

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;
Puntuación escala: a: hombres ≤25, mujeres ≤23; b: hombres 26 - 35, mujeres 24 - 34 y c: hombres ≥36, mujeres ≥35.

Tabla 22: Resultados en la dimensión Claridad de la Inteligencia Emocional, diferencias en hombres y mujeres

	Hombres (n=88)	Mujeres (n=69)	Análisis Univariante	Valor de p
Puntuación Claridad (Media, DT)	27.1 (7.3)	26.9 (5.9)	t = 0.1	0.8
Escasa Claridad ^a	38 (43%)	22 (32%)		
Adecuada Claridad ^b	40 (46%)	41 (59%)		
Exelente Claridad ^c	10 (11%)	6 (9%)		

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;
Puntuación escala: a: hombres ≤25, mujeres ≤23; b: hombres 26 - 35, mujeres 24 - 34 y c: hombres ≥36, mujeres ≥35.

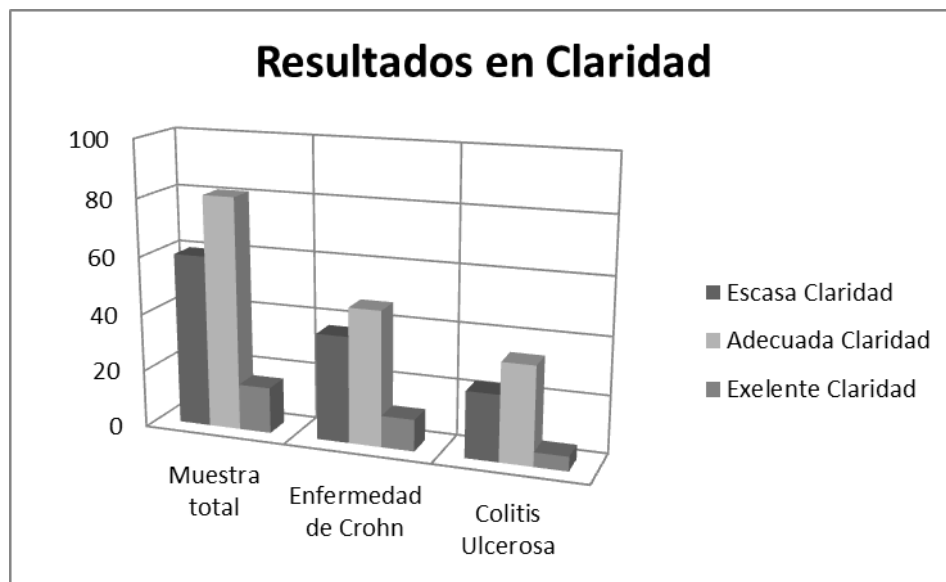


Gráfico 18: Resultado en la dimensión Claridad de la Inteligencia Emocional, diferencias en EC y CU.

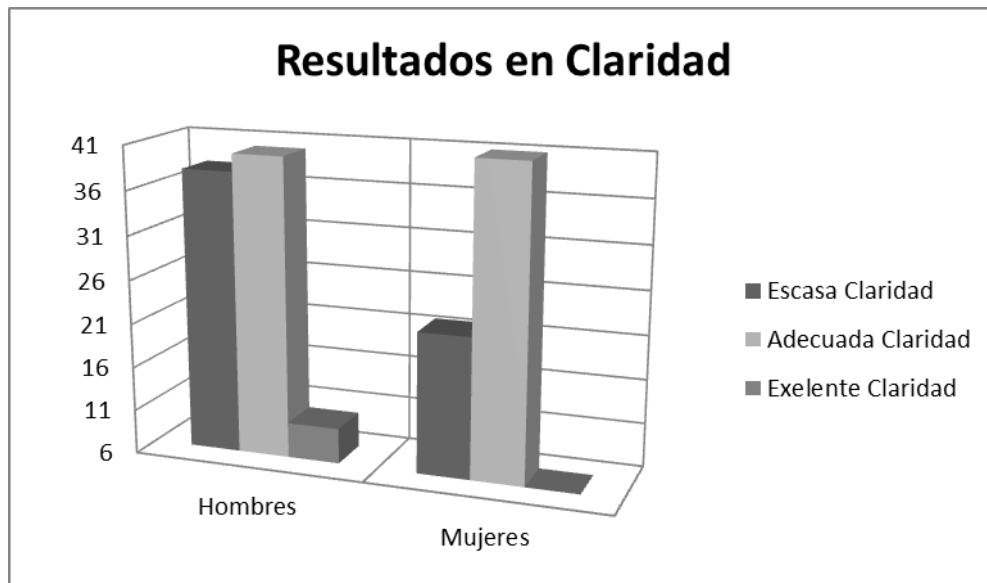


Gráfico 19: Resultado en la dimensión Claridad de la Inteligencia Emocional, diferencias en hombres y mujeres.

- REPARACIÓN:

Los datos obtenidos se presentan en las Tablas 23-24 y Gráficos 20-21.

La puntuación media obtenida en la dimensión reparación de las emociones para el total de la muestra fue 27.8 (DT=6.6).

La mayor parte de los pacientes presentaron un nivel de reparación de las emociones adecuado (60%, 95 pacientes), seguido de un nivel de reparación escaso (24%, 37 pacientes) y excelente (16%, 25 pacientes).

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los pacientes con EC y CU ($t=0.7$, $p=0.4$) ni entre mujeres y hombres ($t=0.4$, $p=0.6$).

Tabla 23: Resultados en la dimensión Reparación de la Inteligencia Emocional, diferencias en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Análisis Univariante	Valor de P
Puntuación Reparación (Media, DT)	27.8 (6.6)	28.1 (6.5)	23.3 (6.6)	t = 0.7	0.4
Escasa Reparación ^a	37 (24%)	21 (22%)	16 (26%)		
Adecuada Reparación ^b	95 (60%)	57 (60%)	38 (61%)		
Exelente Reparación ^c	25 (16%)	17 (18%)	8 (13%)		

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;
Puntuación escala: a: hombres ≤23, mujeres ≤23; b: hombres 24 - 35, mujeres 24 - 34 y c: hombres ≥36, mujeres ≥35.

Tabla 24: Resultados en la dimensión Reparación de la Inteligencia Emocional, diferencias en hombres y mujeres

	Hombres (n=88)	Mujeres (n=69)	Análisis Univariante	Valor de p
Puntuación Reparación (Media, DT)	28 (6.7)	27.5 (6.4)	t = 0.4	0.6
Escasa Reparación ^a	20 (23%)	17 (25%)		
Adecuada Reparación ^b	53 (60%)	42 (61%)		
Exelente Reparación ^c	15 (17%)	10 (14%)		

Prueba t para muestras independientes; DT: Desviación típica;
Puntuación escala: a: hombres ≤23, mujeres ≤23; b: hombres 24 - 35, mujeres 24 - 34 y c: hombres ≥36, mujeres ≥35.



Gráfico 20: Resultados en la dimensión Reparación de la Inteligencia Emocional, diferencias en EC y CU.



Gráfico 21: Resultados en la dimensión Reparación de la Inteligencia Emocional, diferencias en hombres y mujeres.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los datos obtenidos se presentan en la Tabla 25, Gráfico 22.

Siguiendo los resultados obtenidos en el cuestionario COPE, se obtuvo que la estrategia de afrontamiento más empleada fue el Afrontamiento centrado en la Emoción (57%, 90 pacientes), con una puntuación media de 2.3 (DT=0.5).

No existieron diferencias estadísticamente significativas respecto al tipo de estrategia más empleada en pacientes con EC y CU ($\chi^2=1.3$, $p=0.5$) y tampoco entre hombres y mujeres ($\chi^2=0.2$, $p=0.8$).

La estrategia menos empleada fue el Escape-evitación, empleada tan sólo en un 5% (7 pacientes) del total de la muestra.

Se observaron diferencias marginalmente significativas en las puntuaciones medias obtenidas para el afrontamiento centrado en la emoción entre mujeres y hombres (media 2.2 vs 2.4 respectivamente, $t=-1.6$, $p=0.09$).

Tabla 25: Estrategias de Afrontamiento empleadas por los pacientes con EIIC					
	Muestra total (n=157)	Enfermedad de Crohn (n=95)	Colitis Ulcerosa (n=62)	Hombres (n=88)	Mujeres (n=69)
Afrontamiento Cognitivo-Conductual	60 (38%)	33 (35%)	27 (43%)	35 (40%)	25 (36%)
Afrontamiento Centrado en la Emociones	90 (57%)	58 (61%)	32 (52%)	49 (56%)	41 (60%)
Afrontamiento Centrado en la Evitación	7 (5%)	4 (4%)	3 (5%)	4 (4%)	3 (4%)

Resultados obtenidos de la Escala COPE

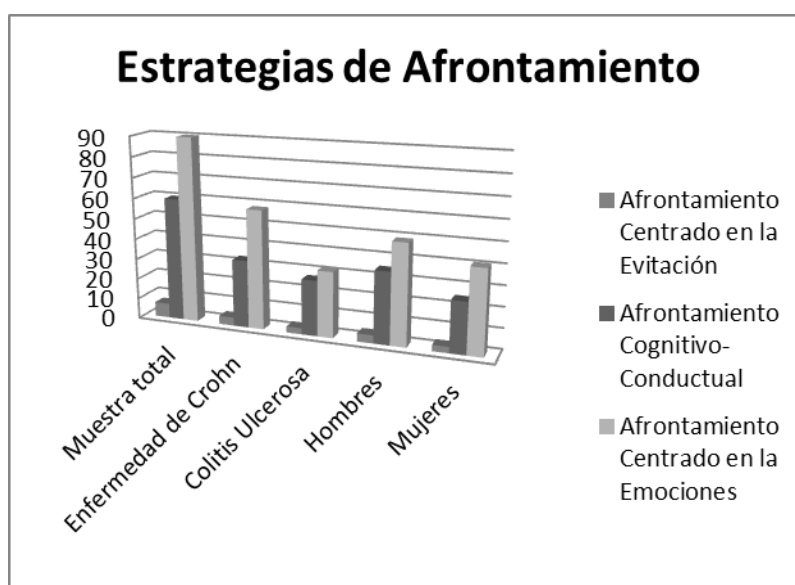


Gráfico 22: Estrategias de Afrontamiento empleadas por los pacientes con EIIC

2. ESTUDIO ANALÍTICO

2.1. CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PRINCIPALES DEL ESTUDIO

➤ FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA EN LA EIIC:

- Correlación con variables sociodemográficas y clínicas:

Puntuaciones menores en calidad de vida se correlacionaron con el sexo femenino ($r=-0.22$, $p=0.005$) y la presencia de manifestaciones extraintestinales ($r=-0.24$, $p=0.002$).

Se encontró correlación negativa con factores de severidad actual como: tratamiento corticoideo en el momento del estudio ($r=-0.19$, $p=0.01$), necesidad de visitas urgentes en el último año ($r=-0.34$, $p<0.001$), puntuaciones mayores de los índices de actividad de la enfermedad Harvey-Bradshaw ($r=-0.65$, $p<0.001$) y Walmsley ($r=-0.72$, $p<0.001$).

Con respecto a los parámetros analíticos también se encontró correlación negativa entre la calidad de vida con niveles de leucocitos ($r=-0.17$, $p=0.002$) y plaquetas ($r=-0.24$, $p=0.002$) y positiva con niveles de hemoglobina ($r=0.22$, $p=0.006$). Esto parece indicar que los pacientes con datos de actividad biológica en el momento de realizar los cuestionarios presentaban peor calidad de vida.

- Correlación con variables psicológicas:

Los factores psicológicos correlacionados positivamente con calidad de vida fueron: resiliencia ($r=0.22$, $p=0.004$) y optimismo ($r=0.24$,

$p=0.002$). Los niveles de atención de la inteligencia emocional, ansiedad y depresión correlacionaron negativamente ($r=-0.21$, $p=0.006$; $r=-0.52$, $p<0.001$ y $r=-0.48$, $p<0.001$ respectivamente). Esto quiere decir que los pacientes con mayor optimismo y resiliencia presentaron mayores niveles de calidad de vida al igual que lo hicieron pacientes con menor nivel de atención a las emociones, ansiedad y depresión.

➤ FACTORES ASOCIADOS CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

ANSIEDAD:

- Correlación con variables sociodemográficas y clínicas:

Encontramos una correlación negativa entre las puntuaciones de ansiedad de los pacientes y su edad ($r= -0.14$, $p=0.04$) y positiva con las puntuaciones en los índices de actividad de la enfermedad Harvey-Bradshaw ($r=0.27$, $p=0.008$) y Walmsley ($r=0.31$, $p=0.01$). Así, los pacientes de mayor edad presentaron puntuaciones menores en ansiedad y los pacientes con índices de actividad más altos presentaron mayores puntuaciones en ansiedad.

- Correlación con las otras variables psicológicas:

De entre los factores psicológicos analizados, las puntuaciones en ansiedad correlacionaron positivamente con las puntuaciones en depresión ($r=0.7$, $p<0.001$), estilo de afrontamiento evitativo ($r=0.3$, $p<0.001$) y atención a las emociones ($r=0.36$, $p<0.001$), pero negativamente con las variables resiliencia ($r=-0.23$, $p=0.004$),

optimismo ($r=-0.42$, $p<0.001$) y la dimensión reparación de la inteligencia emocional ($r=-0.26$, $p=0.001$). Esto es, niveles más altos en depresión, afrontamiento evitativo y atención se correlacionan con niveles mayores de ansiedad. Niveles más altos en resiliencia, optimismo y reparación de los sentimientos se correlacionan con puntuaciones menores de ansiedad.

DEPRESIÓN:

- Correlación con variables sociodemográficas y clínicas:

Las puntuaciones en depresión en los pacientes correlacionaron negativamente con su edad ($r=-0.17$, $p=0.01$), esto es, los pacientes con mayor edad mostraron menores síntomas depresivos.

Por otra parte, las puntuaciones en depresión correlacionaron positivamente con diferentes indicadores de severidad de la enfermedad: presencia de manifestaciones extraintestinales ($r=0.24$, $p=0.002$), haber cumplido criterios de corticorrefractoriedad ($r=0.17$, $p=0.02$), necesidad de visitas urgentes a consulta en el último año ($r=0.31$, $p<0.001$), tratamiento adicional con corticoides ($r=0.15$, $p=0.05$), puntuaciones de los índices de actividad de la enfermedad Harvey-Bradshaw ($r=0.33$, $p=0.001$) y Walmsley ($r=0.35$, $p=0.004$).

- Correlación con las otras variables psicológicas:

Al igual que ocurre con la ansiedad, las puntuaciones en depresión correlacionaron positivamente con estilo de afrontamiento evitativo ($r=0.27$, $p<0.001$) y con la dimensión atención de la inteligencia emocional ($r=0.30$, $p<0.001$), es decir, los pacientes que

emplean estrategias de afrontamiento evitativo y los que prestan mayor atención a sus estados emocionales mostraron mayores síntomas depresivos. Asimismo se observó correlación negativa con resiliencia ($r=-0.35$, $p<0.001$), optimismo ($r=-0.48$, $p<0.001$) y la dimensión reparación de la inteligencia emocional ($r=-0.28$, $p=0<001$), esto es, los pacientes con mayor resiliencia, mayor optimismo y mayor capacidad de reparación de las emociones mostraron menos sintomatología depresiva.

➤ FACTORES ASOCIADOS CON LA SEVERIDAD EVOLUTIVA Y ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

PUNTUACIONES DE SEVERIDAD EVOLUTIVA

Destacó la correlación positiva de la puntuación de severidad evolutiva con el sexo femenino ($r=0.16$, $p=0.04$) y el tiempo de evolución de la enfermedad ($r=0.30$, $p<0.001$).

Los pacientes con menor edad al diagnóstico de la EIIC presentaron mayores puntuaciones en los ítems de severidad evolutiva ($r=-0.29$, $p<0.001$).

También existe una correlación negativa con puntuación en calidad de vida ($r=-0.22$, $p=0.004$), los pacientes con mayores puntuaciones en los ítems de severidad evolutiva mostraron niveles más bajos de calidad de vida.

De entre los factores psicológicos se correlaciona positivamente severidad evolutiva con la presencia de depresión ($r=0.18$, $p=0.02$) y con la dimensión reparación de la inteligencia emocional ($r=0.16$, $p=0.04$). Es

decir, los pacientes con mayor nivel de severidad evolutiva presentaron más sintomatología depresiva y más capacidad de reparación de las emociones.

PUNTUACIONES DE SEVERIDAD ACTUAL

El número de ítems de severidad actual correlacionó negativamente con la puntuación calidad de vida ($r=-0.22$, $p<0.001$), es decir, los pacientes con mayor número de ítems de severidad actual mostraron menores puntuaciones en calidad de vida.

El factor psicológico que ha correlacionado positivamente con la puntuación de severidad actual fue la depresión ($r=0.23$, $p=0.003$) y el correlacionado negativamente fue la dimensión claridad de las emociones de inteligencia emocional claridad ($r=-0.16$, $p=0.03$). O lo que es lo mismo, los pacientes con mayores puntuaciones en los ítems de severidad actual mostraron mayores puntuaciones en depresión y menores en claridad de las emociones.

2.2. CORRELACIÓN ENTRE OTRAS VARIABLES SOCIO- DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y PSICOLÓGICAS

El sexo femenino correlacionó con menor nivel de estudios ($r=-0.18$, $p=0.02$), mayor prevalencia de patología psiquiátrica ($r=0.15$, $p=0.04$) y mayor prevalencia de manifestaciones extraintestinales ($r=0.28$, $p<0.001$).

Una menor edad al diagnóstico de la enfermedad se correlacionó con la necesidad de cirugía ($r=-0.26$, $p<0.001$), corticodependencia ($r=-0.29$, $p<0.001$) y mayor número de visitas programadas anuales a consulta de EIIC ($r=-0.20$, $p=0.009$).

El hábito tabáquico se correlacionó positivamente con cirugía previa ($r=0.18$, $p=0.02$), mayores puntuaciones del índice de Harvey ($r=0.24$, $p=0.01$) y patología psiquiátrica leve conocida ($r=0.15$, $p=0.02$).

El hecho de tener pareja en el momento del estudio se correlacionó de forma significativa con puntuaciones mayores en resiliencia ($r=0.16$, $p=0.03$), y optimismo ($r=0.16$, $p=0.03$).

La existencia de patología psiquiátrica leve conocida se correlaciona con mayor puntuación del índice Walmsley ($r=0.28$, $p=0.02$).

Correlación entre variables psicológicas y clínicas

Se observó correlación positiva entre resiliencia y presencia de manifestaciones extraintestinales ($r=0.17$, $p=0.03$). Los pacientes con manifestaciones extraintestinales presentaron puntuaciones mayores en resiliencia.

El tiempo de evolución de la enfermedad correlacionó positivamente con los niveles de optimismo ($r=0.16$, $p=0.04$) y de reparación de las emociones ($r=0.27$, $p=0.001$), así, los pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad mostraron mayores puntuaciones en optimismo y reparación.

Existió también correlación positiva de la dimensión atención de la inteligencia emocional con la puntuación en el índice de Walmsley ($r=0.27$, $p=0.02$).

Las puntuaciones más altas en estrategia de afrontamiento evitativa correlacionaron con mayor número de recaídas en el último año ($r=0.23$, $p=0.03$).

Correlación entre las variables psicológicas

La resiliencia correlacionó positivamente con las puntuaciones en optimismo ($r=0.43$, $p<0.001$), en claridad de las emociones ($r=0.39$, $p<0.001$) y en reparación de las emociones ($r=0.49$, $p<0.001$) y negativamente con la atención ($r=-0.23$, $p<0.001$). Es decir, los pacientes con más resiliencia mostraron un mayor optimismo y respecto a la inteligencia emocional, presentaron mayor claridad, mayor capacidad de reparación y menor atención a las emociones.

El optimismo correlacionó positivamente con la resiliencia y con la reparación ($r=0.31$, $p<0.001$) y negativamente con la atención ($r=-0.20$, $p=0.01$).

Correlacionaron mayores puntuaciones en claridad de las emociones con mayores puntuaciones en estilo de afrontamiento cognitivo-conductual ($r=0.15$, $p=0.04$).

2.3. REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Una vez valoradas las correlaciones existentes entre las distintas variables del estudio, se procedió a generar los modelos de regresión lineal. De esta forma podemos conocer cuál es la influencia de cada una de las variables predictoras sobre nuestras variables dependientes, controlando los efectos de las demás. Se crearon seis modelos que incluían variables psicológicas y clínicas, se describen a continuación.

En todos los modelos se tomaron como variables independientes: sexo, puntuaciones en optimismo, atención, claridad, reparación, resiliencia y severidad actual de la enfermedad. Como variables dependientes o predichas figuraron, dependiendo del caso, calidad de vida, ansiedad y depresión.

MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS A CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

❖ CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD DE CROHN

En el modelo se tomó como variable dependiente la puntuación en calidad de vida en pacientes con EC y como variables independientes las ya expuestas.

En la tabla 26 se detallan los resultados obtenidos en el análisis de regresión. Como ya se observó en el análisis de correlaciones, el sexo femenino se asoció con peor calidad de vida que el masculino en los pacientes con EC ($\beta=-0.28$, $t=-2.97$, $p=0.004$). Asimismo, el optimismo fue un predictor de mejor calidad de vida ($\beta=0.25$, $t=2.32$, $p=0.02$), a

diferencia de la dimensión atención de la inteligencia emocional que se asoció con peor calidad de vida ($\beta=-0.23$, $t=-2.36$, $p=0.02$).

Respecto a la severidad actual de la enfermedad, ésta predijo negativamente la calidad de vida ($\beta=-0.27$, $t=2.76$, $p=0.007$). Ya en el análisis correlacional se observó correlación negativa entre calidad de vida y algunos de los componentes de la variable severidad actual como tratamiento corticoideo en el momento del estudio, puntuaciones en los índices de actividad y determinaciones analíticas (cifras de plaquetas y leucocitos).

Sin embargo, las puntuaciones en resiliencia no se relacionaron significativamente con calidad de vida, ni tampoco el resto de las dimensiones de la inteligencia emocional (claridad y reparación).

Tabla 26: Análisis de Regresión Lineal Múltiple para identificar Factores Asociados a Calidad de Vida en Enfermedad de Crohn

Características	Coefficientes estandarizados	t	Sig.	95% intervalo de confianza para β	
	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)		5.138	0.000	28.522	64.515
Sexo ^a	-0.284	-2.977	0.004*	-10.024	-1.998
Puntuación Optimismo	0.250	2.320	0.023*	0.098	1.275
Puntuación Atención	-0.235	-2.361	0.020*	-0.678	-0.058
Puntuación Claridad	0.040	0.351	0.727	-0.304	0.435
Puntuación Reparación	-0.078	-0.628	0.532	-0.524	0.273
Puntuación Resiliencia	0,030	0.232	0.817	-0.127	0.160
Severidad actual de la enfermedad	-0.270	-2.767	0.007*	-2.704	-0.443

Variable dependiente: Puntuación IBDQ. Selección de casos sólo para Subtipo EIIC = Enfermedad Crohn.

R² ajustado: 0.19; a Categorías: 0-hombres, 1-mujeres

❖ CALIDAD DE VIDA EN COLITIS ULCEROSA

En este modelo se tomó como variable dependiente la puntuación en calidad de vida en pacientes con CU y como variables independientes las ya expuestas.

En la tabla 27 se detallan los resultados obtenidos. En este caso, sólo la variable severidad actual de la enfermedad resultó ser predictora de peor calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de CU ($\beta=-0.31$, $t=-2.61$, $p=0.01$). No obstante, se observó una asociación positiva marginalmente significativa entre la dimensión reparación de la inteligencia emocional y la calidad de vida en los pacientes con CU ($\beta=0.29$, $t=1.83$, $p=0.07$).

Tabla 27: Análisis de Regresión Lineal Múltiple para identificar Factores Asociados a Calidad de Vida en Colitis Ulcerosa

Características	Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95% intervalo de confianza para β	
	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)		2.245	0.029	2.952	52.163
Sexo ^a	-0.165	-1.480	0.145	-9.408	1.418
Puntuación Optimismo	0.073	0.568	0.572	-0.534	0.956
Puntuación Atención	-0.100	-0.739	0.463	-0.553	0.255
Puntuación Claridad	-0.173	-1.077	0.286	-0.793	0.239
Puntuación Reparación	0.293	1.835	0.072	-0.047	1.060
Puntuación Resiliencia	0.195	1.369	0.177	-0.051	0.270
Severidad actual de la enfermedad	-0.318	-2.616	0.011*	-4.304	-0.570

Variable dependiente: Puntuación IBDQ. Selección de casos sólo para Subtipo EIIC = Colitis Ulcerosa

R² ajustado: 0.26; a Categorías: 0-hombres, 1-mujeres

MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

❖ ANSIEDAD EN ENFERMEDAD DE CROHN

En este modelo se toma como variable dependiente la puntuación en la subescala de ansiedad del HADS en pacientes con EC.

Los resultados se exponen en la tabla 28. Como ya se apuntaba en los análisis correlacionales, niveles más bajos en optimismo ($\beta=-0.43$, $t=-4.17$, $p<0.001$) y más altos en atención a las emociones ($\beta=0.31$, $t=3.27$, $p=0.002$) se asociaron a mayor ansiedad en EC.

Tabla 28: Análisis de Regresión Lineal Múltiple para identificar Factores Asociados a Ansiedad en Enfermedad de Crohn

Características	Coefficientes estandarizados	t	Sig.	95% intervalo de confianza para β	
	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)		2.555	0.012	1.958	15.683
Sexo ^a	0.120	1.309	0.194	-0.522	2.538
Puntuación Optimismo	-0.433	-4.170	0.000*	-0.695	-0.246
Puntuación Atención	0.314	3.270	0.002*	0.076	0.312
Puntuación Claridad	-0.113	-1.038	0.302	-0.214	0.067
Puntuación Reparación	-0.133	-1.111	0.270	-0.237	0.067
Puntuación Resiliencia	0.234	1.877	0.064	-0.003	0.107
Severidad actual de la enfermedad	0.051	0.544	0.588	-0.313	0.549

Variable dependiente: Puntuación de ansiedad. Selección de casos sólo para Subtipo EIIC = Enfermedad de Crohn

R² ajustado: 0.25; a Categorías: 0-hombres, 1-mujeres

❖ ANSIEDAD EN COLITIS ULCEROSA

En este modelo se tomó como variable dependiente la puntuación en la subescala de ansiedad del HADS en pacientes con CU. Tabla 29.

Al igual que en el caso de la EC, la dimensión atención de la inteligencia emocional fue un predictor de la ansiedad ($\beta=0.27$, $t=2.02$, $p=0.04$), de tal forma que una mayor atención a los sentimientos se asoció a mayor nivel de ansiedad en los pacientes con CU. Asimismo, el optimismo se asoció negativamente de manera marginal con la ansiedad en CU ($\beta=-0.23$, $t=-1.81$, $p=0.07$).

Las demás variables predictoras no se relacionaron estadísticamente con la ansiedad en los pacientes con CU.

Tabla 29: Análisis de Regresión Lineal Múltiple para identificar Factores Asociados a Ansiedad en Colitis Ulcerosa

Características	Coefficientes estandarizados	t	Sig.	95% intervalo de confianza para β	
	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)		2.724	0.009	3.600	23.668
Sexo ^a	0.111	0.975	0.334	-1.134	3.281
Puntuación Optimismo	-0.237	-1.812	0.076	-0.578	0.029
Puntuación Atención	0.278	2.027	0.048*	0.002	0.331
Puntuación Claridad	0.073	0.449	0.655	-0.163	0.257
Puntuación Reparación	-0.171	-1.056	0.296	-0.344	0.107
Puntuación Resiliencia	-0.114	-0.791	0.433	-0.091	0.040
Severidad actual de la enfermedad	0.021	0.174	0.863	-0.695	0.827

Variable dependiente: Puntuación de ansiedad. Selección de casos sólo para Subtipo EIIc = Colitis Ulcerosa

R² ajustado: 0.23; a Categorías: 0-hombres, 1-mujeres

MODELO DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

❖ DEPRESIÓN EN ENFERMEDAD DE CROHN

Para analizar los factores asociados a depresión en los pacientes con EC se generó el modelo expuesto en la tabla 30.

Nuevamente, el optimismo se relacionó negativamente con las puntuaciones en depresión de los pacientes con EC ($\beta=-0.46$, $t=4.73$, $p<0.001$), mientras que la dimensión atención de la inteligencia emocional lo hizo de forma positiva ($\beta=0.20$, $t=2.22$, $p=0.02$). La severidad actual de la enfermedad también predijo mayores puntuaciones en depresión en EC ($\beta=0.22$, $t=2.49$, $p=0.01$).

Como se expuso previamente, en el análisis correlacional también se mostró que la puntuación en depresión correlacionaba positivamente con algunas de las variables que componen la severidad evolutiva en nuestro estudio (número de visitas urgentes en el año previo al estudio y puntuaciones de los índices clínicos de actividad Harvey-Bradshaw y Walmsley).

Tabla 30: Análisis de Regresión Lineal Múltiple para identificar Factores Asociados a Depresión en Enfermedad de Crohn

Características	Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95% intervalo de confianza para β	
	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)		3.637	0.000	4.645	15.841
Sexo ^a	0.100	1.142	0.257	-0.531	1.965
Puntuación Optimismo	-0.468	-4.734	0.000*	-0.619	-0.253
Puntuación Atención	0.204	2.225	0.029*	0.012	0.204
Puntuación Claridad	0.016	0.155	0.877	-0.106	0.124
Puntuación Reparación	-0.009	-0.076	0.939	-0.129	0.119
Puntuación Resiliencia	-0.057	-0.481	0.632	-0.056	0.034
Severidad actual de la enfermedad	0.223	2.497	0.014*	0.090	0.793

Variable dependiente: Puntuación de depresión. Selección de casos sólo para Subtipo EIIC = Enfermedad Crohn
 R^2 ajustado: 0.32; a Categorías: 0-hombres, 1-mujeres

❖ DEPRESIÓN EN COLITIS ULCEROSA

Mediante el modelo de regresión expuesto en la tabla 31, se pretendió valorar la asociación entre las variables independientes ya mencionadas y la depresión en sujetos con CU.

Así, se observó que las variables psicológicas optimismo y reparación de las emociones predijeron negativamente los niveles de depresión de los pacientes con CU, es decir, pacientes con puntuaciones más altas en optimismo y reparación emocional presentarán menor nivel de depresión medido mediante la escala HADS ($\beta=-0.25$, $t=-2.05$, $p=0.04$ para optimismo y $\beta=-0.35$, $t=-2.29$, $p=0.02$ para reparación).

Tabla 31: Análisis de Regresión Lineal Múltiple para identificar Factores Asociados a Depresión en Colitis Ulcerosa

Características	Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95% intervalo de confianza para β	
	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)		3.016	0.004	0.275	21.224
Sexo ^a	0.005	0.044	0.965	-1.823	1.905
Puntuación Optimismo	-0.255	-2.051	0.045*	-0.519	-0.006
Puntuación Atención	0.154	1.182	0.242	-0.057	0.221
Puntuación Claridad	0.266	1.717	0.092	-0.026	0.330
Puntuación Reparación	-0.354	-2.291	0.026*	-0.408	-0.027
Puntuación Resiliencia	-0.164	-1.189	0.240	-0.088	0.022
Severidad actual de la enfermedad	0.145	1.237	0.221	-0.246	1.040

Variable dependiente: Puntuación de depresión. Selección de casos sólo para Subtipo EILC = Colitis Ulcerosa

R² ajustado: 0.31; a Categorías: 0-hombres, 1-mujeres

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

1-CONSIDERACIONES GENERALES

Actualmente existe un interés creciente por el estudio de los factores psicológicos en la EIIC, así disponemos de publicaciones que abordan los trastornos del estado de ánimo y los factores que pueden influir negativamente en la enfermedad. Pero hasta ahora poco conocemos sobre determinantes psicológicos que puedan influir positivamente en la calidad de vida de los pacientes con EIIC. Por tanto, el presente estudio se centra en los factores psicológicos positivos en pacientes con EIIC

Al diseñar el estudio decidimos excluir a los pacientes hospitalizados ya que nuestro objetivo era evaluar los factores psicológicos de pacientes con EIIC que no tuvieran como factor condicionante la hospitalización. El estudio de un grupo de pacientes hospitalizados también puede y debe ser objeto de posteriores investigaciones.

Es importante reseñar que debido al diseño transversal del estudio, no es posible establecer atribuciones de causalidad, requiriéndose para ello estudios longitudinales. Además, muchas de las variables tanto de la enfermedad como psicológicas se podrían modificar a lo largo del tiempo.

En lo referente a los cuestionarios psicológicos escogidos para el estudio, consideramos haber empleado aquellos con propiedades psicométricas adecuadas (expuestas en el apartado Material y Métodos) y debidamente adaptados al español, también son los que más ampliamente se han

utilizado en los estudios que valoran los factores psicológicos en otras enfermedades crónicas.

Para valorar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva hemos empleado el cuestionario HADS, cuando el gold estándar es la entrevista psiquiátrica. No obstante, el cuestionario HADS ha demostrado ser un buen método inicial para el screening de trastornos del estado de ánimo y es fácilmente reproducible (174).

El empleo del cuestionario de calidad de vida reducido a 9 ítems (IBDQ-9) en lugar de la versión de 32 ó 36 ítems ha tenido como finalidad facilitar la cumplimentación en un tiempo no excesivo el conjunto total de los cuestionarios psicológicos incluidos en el estudio. Como quedó demostrado por el estudio de Casellas y cols. el IBDQ-9 es tan válido como IBDQ-36 para cuantificar la calidad de vida en EIIC y se correlaciona adecuadamente con los índices clínicos y endoscópicos utilizados en la práctica clínica (147,148).

En el apartado Resultados podrá observarse que se han diseñado dos variables compuestas resultantes de la sumatoria de otras más simples. Estas son las denominadas Severidad actual y Severidad evolutiva de la enfermedad. Dichas variables se han elaborado desde el conocimiento de la complejidad de la propia EIIC y con la intención de agrupar a los pacientes que han presentado a lo largo de su evolución (severidad evolutiva) o que presentan en el momento del estudio (severidad actual) un mayor número de ítems relacionados con dichos conceptos.

Durante el análisis de los resultados se observó que los pacientes con EC y CU presentan diferente comportamiento en cuanto a severidad o

necesidades terapéuticas, es por esto por lo que el análisis multivariante se ha realizado por separado para ambas entidades.

2-DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

2.1- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES

En el estudio se incluyeron un total de 157 pacientes diagnosticados de EIIC en base a los criterios clínicos, endoscópicos e histológicos habituales.

La edad media de los pacientes de la muestra (40.3 años) fue algo superior a la encontrada en dos estudios previos de Casellas y cols. realizados en 2004 (35 años) (148) y en 2001 (34 años) (233).

Los pacientes con CU presentaban una edad mayor que los enfermos de Crohn (media 44.02 vs 38.09).Tabla 4.

La proporción de pacientes con EC en la muestra fue mayor a la de CU (95 EC y 62 CU), para este hecho, no existe una clara explicación, podríamos pensar en una mayor disposición a participar en el estudio de los primeros propiciada por una mayor preocupación por su enfermedad y una mayor atención a sus emociones objetivada posteriormente en el estudio.

La proporción de hombres y mujeres de la muestra fue similar (56% hombres y 44% mujeres), acorde con la ratio publicada en la mayoría de los estudios epidemiológicos (1).

Durante la entrevista con el paciente se recogió la presencia de psicopatología previa (Tabla 5), 11 pacientes (7%) reconocieron presentar sintomatología ansiosa o depresiva, en todos los casos leve y manejada

desde Atención Primaria. La mayoría de estos pacientes eran mujeres, lo que concuerda con lo posteriormente encontrado en los resultados del cuestionario HADS.

El hecho de que tan sólo 11 pacientes reconozcan presentar síntomas ansiosos o depresivos contrasta con que 26 pacientes recibieran tratamiento ansiolítico o antidepresivo, lo que podría indicar una predisposición a no reconocer este tipo de trastornos tan frecuentes en la población general y en la EIIC en particular.

La existencia de patología psiquiátrica leve conocida se correlacionó con mayor puntuación del índice Walmsley, esto podría deberse a que este índice contempla síntomas que comparte la CU con un trastorno puramente funcional y tan asociado a trastornos psicológicos como es el Síndrome de Intestino Irritable como son el número de deposiciones diurnas o la urgencia defecatoria.

2.2- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES

La edad media al diagnóstico del total de los pacientes de nuestra muestra fue 29.5 años, estos valores son algo inferiores a los publicados en la literatura, que describían un intervalo de 33.4 a 45 años al diagnóstico (234).

Los pacientes con EC habían sido diagnosticados a edades más tempranas que los de CU (26.5 vs 34.2 años), diferencias que resultaron estadísticamente significativas (Tabla 6) y que coinciden con lo publicado previamente (235,236).

Respecto a la localización de la EC y su patrón de comportamiento, los hallazgos coinciden con los existentes en la literatura, así, un 66% de los pacientes presentaban afectación ileo-colónica y en un 15% se añadía patología perianal y el patrón de enfermedad más frecuente fue el inflamatorio (237). En la CU los porcentajes de pacientes con pancolitis y colitis izquierda fueron similares (44-45%). No se observaron diferencias en cuanto a localización y comportamiento de la enfermedad entre hombres y mujeres en ninguna de las dos enfermedades, pero sí encontramos más mujeres que padecían manifestaciones extraintestinales (Tabla 7).

Como era esperable un porcentaje mayor de pacientes con EC precisó cirugía a lo largo de su evolución (52%), podemos observar que es un porcentaje elevado, pero hay que puntualizar que se incluyó la cirugía perianal, tan frecuente en estos pacientes (Gráfico 8).

También encontramos un porcentaje mayor de enfermos de Crohn (84%) que recibía fármacos de escalones terapéuticos superiores (inmunomoduladores, biológicos o leucocitoaféresis) y las tasas de corticodependencia también fueron mayores para la EC (86%, frente al 39% en CU), todas estas diferencias resultaron estadísticamente significativas (Tabla 9). Esto puede explicar que los pacientes con EC requirieran mayor número de visitas programadas a consulta anuales.

De sobra es conocida la influencia del tabaco en la EC, una vez más pudimos corroborarlo, ya que encontramos que el hábito tabáquico se correlacionó con antecedente de cirugía y mayores puntuaciones del índice de Harvey-Bradshaw.

PACIENTES CON DATOS DE SEVERIDAD EVOLUTIVA

Un alto porcentaje de pacientes de la muestra presentaron algún ítem considerado en el diseño del estudio como de severidad evolutiva (74%), como corresponde a una muestra tomada de una unidad especializada en EIIC.

En consonancia con lo expuesto en las características fenotípicas de la EIIC existieron diferencias entre el número de ítems de severidad evolutiva en EC y CU, presentando los primeros un mayor número de ítems de severidad evolutiva.

Se observaron puntuaciones más altas en severidad evolutiva en mujeres y en pacientes con menor edad al diagnóstico de la EIIC.

PACIENTES CON DATOS DE SEVERIDAD ACTUAL

Un 43% de los pacientes de la muestra presentaron al menos algún ítem de los seleccionados para la variable severidad actual, pero las puntuaciones observadas fueron bajas (el valor medio fue 2.07) y se observaron puntuaciones inferiores en CU (media 1.25).

Son varios los datos expuestos hasta ahora que nos hacen pensar que la EC es una enfermedad más compleja que la CU. Presentan de forma estadísticamente significativa mayor número de cirugías, tratamientos de escalones terapéuticos superiores y demanda asistencial. Por lo que habría que considerar a estos pacientes más expuestos a sufrir trastornos del estado de ánimo y deterioro en su calidad de vida.

2.3- CORRELACIONES CON CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Actualmente se presta especial atención a la calidad de vida en la salud, de hecho, uno de los objetivos principales es el restablecimiento de ésta en el individuo enfermo. Este concepto es aún más importante cuando la enfermedad no tiene un tratamiento curativo definitivo como es el caso de la EIIC.

Los pacientes con EIIC pueden reportar pobre calidad de vida en comparación con los sujetos sanos a pesar de encontrarse su enfermedad en remisión clínica y biológica, e incluso, a pesar de existir curación mucosa (113,238). Por esto, el objetivo terapéutico en estos pacientes debe ser ambicioso y no focalizarse exclusivamente en el control de síntomas, marcadores biológicos y lesiones endoscópicas. La medición de índices de calidad de vida aparece en numerosos ensayos clínicos de fármacos como objetivo terapéutico de primer orden.

Cuantificamos la calidad de vida en los pacientes de la muestra empleando el test IBDQ-9, se obtuvo una puntuación media de 43.9. Hasta un 34% de los pacientes presentaron una baja calidad de vida (Tabla 11).

La puntuación en calidad de vida en las mujeres de nuestra cohorte fue significativamente menor que en hombres (Tabla 12, media 41.1 vs 46.1) hecho que ya se había observado previamente en el estudio multicéntrico nacional llevado a cabo en 2002 por Casellas y cols (239) y en el estudio de Alonso realizado en 1998 (240). También en los trabajos de Sainsbury (241) y Haapamaki (242) se observó esta asociación.

No encontramos asociación entre las puntuaciones en calidad de vida y el mayor tiempo de evolución de la EIIC, la mayor edad, ni con el antecedente de cirugía previa como lo hicieron otros estudios (113,239,241,242), pero sí puntuaciones menores en calidad de vida correlacionaron con la presencia de manifestaciones extraintestinales. Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes en nuestros pacientes fueron las articulares. Dicha afectación articular produce dolor e impotencia funcional con el consiguiente deterioro en la calidad de vida.

Respecto al subtipo de EIIC, en nuestro estudio, las puntuaciones medias para calidad de vida fueron similares en pacientes con EC y CU (Tabla 11, 43.6 vs 44.3). Esto contrasta con los hallazgos de otros estudios realizados previamente como el de Mikocka y cols. (243) y Farmer y cols. (244) que concluyeron que el deterioro en la calidad de vida es mayor en EC que en CU. Pero a pesar de ello otros estudios han sugerido que no existen diferencias en calidad de vida entre los dos subtipos de EIIC si no se tiene en cuenta la severidad de la enfermedad (148,245).

En estudios previos realizados por Albersnagel (246) y Haapamaki (242) se concluyó que la actividad de la EIIC era uno de los predictores de deterioro de la calidad de vida. Esto también se ve reflejado en los resultados de nuestro estudio en los pacientes con EC (Tabla 26).

Encontramos asimismo una correlación negativa entre las puntuaciones en calidad de vida y factores de severidad actual como: tratamiento corticoideo en el momento del estudio, necesidad de visitas urgentes en el último año y puntuaciones mayores en los índices de actividad de la enfermedad Harvey-Bradshaw y Walmsley.

Con estos datos podemos apoyar la idea de que la actividad y severidad de la EIIC afectan negativamente a la calidad de vida de éstos pacientes, pero no podemos olvidar que en nuestra muestra sólo incluimos pacientes ambulatorios, lo que nos lleva a afirmar que la calidad de vida puede estar afectada en pacientes con EIIC a pesar de no tratarse de enfermos hospitalizados.

2.4- CORRELACIONES CON TRASTORNOS EMOCIONALES: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La adaptación a la EIIC es compleja, con importantes consecuencias emocionales y psicosociales, entre ellas síntomas ansiosos y depresivos. Los trastornos del estado de ánimo en los pacientes con EIIC tienden a estar habitualmente infradiagnosticados y por tanto, infratratados.

Los resultados de la escala HADS se muestran en las tablas 13 y 14. En nuestra serie, un 23% de los pacientes presentó puntuaciones en la subescala HADS de ansiedad correspondientes a un probable trastorno ansioso, no sólo esto, además un 26% presentó puntuaciones consideradas como dudoso trastorno de ansiedad. Respecto a la depresión los porcentajes fueron inferiores. Un 8% de los pacientes presentaron puntuaciones correspondientes a un potencial trastorno depresivo y un 15% un dudoso trastorno depresivo.

Estos resultados contrastan con la información clínica que nos aportaron los pacientes antes de la realización de los cuestionarios, tan sólo el 7% había sido diagnosticado previamente de un trastorno ansioso-depresivo por su médico general o por el gastroenterólogo. Podemos con ello concluir que la patología ansioso-depresiva en los pacientes con EIIC está claramente

infradiagnosticada. Nuestros resultados son inferiores a los encontrados en la mayoría de los estudios realizados con anterioridad, en los que la prevalencia de trastornos del estado de ánimo oscila entre un 35 y un 80% (154,157). En el estudio italiano de Addolorato se observó que hasta un 55% de pacientes presentaron niveles de ansiedad y depresión por encima del umbral, pero hay que destacar que dentro de este porcentaje se incluyeron los pacientes con puntuaciones comprendidas entre 8 y 10, consideradas en nuestro estudio como dudoso trastorno del estado de ánimo (154). En la cohorte de Manitobala prevalencia de depresión en EIIC también fue mayor a la observada en nuestro estudio, concretamente de un 27% (151).

Estas discrepancias pueden ser explicadas en parte, por las diferencias metodológicas entre los estudios, como el cuestionario psicológico empleado, el punto de corte en los resultados del cuestionario para considerar la presencia de ansiedad o depresión o la inclusión o no de pacientes con actividad moderada o severa de la enfermedad. Esto puede explicar que nuestros resultados sean similares a aquellos en los que se empleó escala HADS (109,149,150,161,247). En el único estudio en que se empleo el gold estándar para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, la entrevista psiquiátrica, la prevalencia de depresión fue del 27% (151), lo que sugiere que la escala HADS no infradiagnostica depresión en EIIC.

Coincidimos con los estudios de Robertson (109) y Mikocka (243) en que la ansiedad es más prevalente que la depresión en los pacientes con EIIC (Tabla 13).

Factores sociodemográficos asociados a trastornos del estado de ánimo

En nuestro estudio no se pudo establecer significación estadística en las diferencias encontradas en puntuaciones de ansiedad y depresión entre mujeres y hombres (solo resultaron marginalmente significativas) ni entre EC y CU. Aunque fueron más elevadas en mujeres y en EC (Tabla 13-14).

En este aspecto coincidimos con algunos estudios realizados previamente (155,248), aunque la tendencia habitual de los estudios es observar mayor prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres (151,155,164,249). En otros estudios europeos, sí se observaron mayores tasas de ansiedad y depresión en EC frente a las observadas en CU (149,247,250,251).

Es llamativo que en nuestro estudio, los pacientes con mayor edad mostraron menores puntuaciones en la escala HADS tanto para ansiedad como para depresión, y esto sí resultó estadísticamente significativo. En la población general la edad avanzada es un factor asociado a trastornos del estado de ánimo (160).

Nuestros resultados coinciden con la cohorte de Manitoba en que el estado civil no se asocia con trastorno mental (151).

Factores de la EIIC asociados a los trastornos del estado de ánimo

Si comparamos nuestros resultados con los observados en los trabajos más recientes (252,253), constatamos que en la EC la cirugía previa no se asoció significativamente con trastornos del estado de ánimo, tampoco los pacientes no cumplidores presentaron mayores niveles de ansiedad ni ésta se correlacionó con el tipo de tratamiento a pesar de que en nuestra

muestra existía un porcentaje no desdeñable de pacientes en tratamiento de escalones terapéuticos superiores (anti-TNF e inmunomoduladores).

Respecto a la sintomatología ansioso-depresiva en pacientes en tratamiento con esteroides, se asoció a puntuaciones mayores en depresión, pero no en ansiedad. Estos datos difieren de lo publicado previamente. No encontramos una explicación certera para este hecho, si bien, puede ser debido a un error tipo II ya que tenemos pocos pacientes con tratamiento esteroideo en el momento del estudio. También puede ser debido a que el potencial deterioro del estado de ánimo que produce el corticoide queda enmascarado por la mejoría clínica que experimentan los pacientes.

Es indiscutible la asociación entre varios de los factores que componen la severidad tanto actual como evolutiva de la enfermedad en nuestro estudio y la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, demostrada mediante el análisis univariante. Puntuaciones mayores en los índices clínicos de actividad Harvey-Bradshaw y Walmsley correlacionaron con más sintomatología ansiosa y depresiva. También la presencia de manifestaciones extraintestinales y haber tenido criterios de corticorrefractariedad se correlacionó con mayores puntuaciones en depresión.

En la mayoría de los trabajos realizados, la actividad de la enfermedad se relaciona con trastornos del estado de ánimo (249,254), esta relación parece ser bidireccional, ya que los pocos estudios longitudinales realizados han demostrado un descenso en ansiedad y depresión en casos de transición de enfermedad activa a remisión. Pero todavía son insuficientes los estudios longitudinales como para demostrar el efecto de los trastornos del estado de ánimo en la aparición de recaídas o remisión, además, la

mayoría de ellos se basan en índices clínicos para definir la actividad de la enfermedad (157,248). Desafortunadamente estos indicadores son confusos, no sólo porque incluyen síntomas propios de patología funcional, que están presentes muy frecuentemente en la EIIC, sino también porque contienen ítems como bienestar general y hábito intestinal que además de reflejar la actividad de la enfermedad reflejan el estado de ánimo (250,255,256).

Factores psicológicos asociados a trastornos del estado de ánimo

De entre los factores psicológicos analizados en el análisis univariante cabe destacar la correlación que observamos entre las puntuaciones en ansiedad y depresión y el estilo de afrontamiento evitativo. Si bien no podemos establecer direccionalidad, parece que los pacientes con mayores niveles de ansiedad y depresión, utilizan principalmente el afrontamiento evitativo.

Los mayores niveles en optimismo y resiliencia correlacionaron con menor puntuación en ansiedad y depresión.

También observamos que mayor puntuación en la dimensión atención a las emociones y menor en reparación de las emociones correlacionaron con mayor sintomatología ansiosa y depresiva. No existen trabajos previos en EIIC en los que se haya estudiado la relación entre inteligencia emocional y la presencia de trastornos del estado de ánimo, pero en psicología se ha observado que los pacientes con trastornos de ansiedad tienden a prestar una atención excesiva a sus emociones, se perciben menos capaces de identificar claramente estas emociones y de reparar de forma eficaz sus estados de ánimo negativos (257).

2.5- CORRELACIONES CON FACTORES PSICOLÓGICOS POSITIVOS: OPTIMISMO, RESILIENCIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL

-OPTIMISMO

El valor medio del optimismo en los pacientes de nuestra muestra fue 19.5 (Tabla 17), similar al encontrado en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis (206) y en espondilitis anquilosante (258). Esto contrasta con los resultados de un estudio realizado en 504 adolescentes sanos en el que se obtuvo una puntuación media de 16.5, aunque la metodología empleada fue distinta a la nuestra (259). En el estudio de Kepka y cols. publicado en 2013 (260) en el que se valora la asociación entre optimismo y calidad de vida en una cohorte de 1529 pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas, la puntuación media en la escala de LOT-R fue 15, la puntuación obtenida en nuestro estudio fue mayor, pero los datos no son comparables, principalmente porque se trata de pacientes hospitalizados y si bien en este estudio se incluyeron 370 pacientes con patología digestiva, no se especifica el tipo de patología.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de optimismo entre pacientes con EC y CU, tampoco entre hombres y mujeres (Tablas 17-18).

Hay que destacar que los pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad mostraron mayores puntuaciones en optimismo y reparación emocional, probablemente esto sea consecuencia de que el impacto psicológico inicial que genera el diagnóstico de la EIIC se ve mitigado con el paso del tiempo y el paciente experimenta un proceso de adaptación en el

que juega un papel importante el optimismo y la capacidad de reparación de las emociones.

Hasta la fecha no disponemos de estudios que valoren optimismo en la EIIC y hay una escasez de datos respecto a los niveles de optimismo en la población general, así como los puntos de corte establecidos para interpretar la escala LOT-R a pesar de que es la más ampliamente utilizada para medir optimismo.

A pesar de que el optimismo disposicional se considera un rasgo de personalidad relativamente estable en el tiempo y en las distintas situaciones de la vida, existen variaciones en el optimismo cuando las personas son preparadas para enfrentarse a una amenaza , esto indica que los niveles de optimismo pueden variar (261–263). Una limitación de nuestro estudio es que al ser de corte transversal, no es posible valorar las variaciones en los niveles de optimismo en relación con la evolución de la enfermedad.

-RESILIENCIA

En nuestra muestra, la mayor parte de los pacientes tenían un nivel de resiliencia medio (Tabla 15).

Es llamativo el hecho de que los pacientes con manifestaciones extraintestinales de la EIIC presentaran puntuaciones más altas en resiliencia, lo que podría explicar que aunque la resiliencia sea un constructo considerado relativamente estable a lo largo del tiempo, estos pacientes hayan podido experimentar un aumento de su resiliencia con el

fin de adaptarse al hecho de presentar sintomatología, tratamientos o consultas sobreañadidas a su patología digestiva.

Hay que destacar que los pacientes con más resiliencia mostraron un mayor optimismo y mayor claridad en los sentimientos, así como mayor capacidad de reparación de las emociones, lo que nos lleva a considerar que los factores psicológicos positivos se pueden solapar y pueden interactuar entre ellos.

En el análisis univariante se observó correlación estadísticamente significativa entre resiliencia y puntuaciones de ansiedad (negativa) y calidad de vida (positiva).

Los datos disponibles sobre resiliencia en el ámbito de las enfermedades crónicas son escasos, tan sólo ha sido algo estudiada en enfermedades reumatológicas y en patología cardiovascular. En el caso de la EIIC no existe hasta la fecha ningún estudio descriptivo ni en el que se analice la relación de este rasgo de personalidad con las características de la enfermedad.

De forma general, en los estudios sobre resiliencia en enfermedades crónicas se ha observado que la autoestima y la confianza en sí mismo promueven la adaptación a la enfermedad (264). Los efectos positivos de la resiliencia en la salud posiblemente funcionan a través del afrontamiento del paciente a la enfermedad (265). Se plantea que poseer niveles de resiliencia más elevados regula los efectos negativos del estrés a la vez que aumenta la autoestima, el control personal y la búsqueda de un afrontamiento más adaptativo.

Los datos extraídos de estudios en Reumatología (181,182) y patología cardiovascular (183) son concluyentes en los beneficios para la salud de la resiliencia como variable protectora y amortiguadora ante situaciones que implican altos niveles de estrés (dolor en el caso de patología reumatológica y Síndrome Coronario Agudo en el caso de patología cardíaca). Ante estos hallazgos podríamos plantear que los factores psicológicos positivos de la personalidad podrían ejercer también un impacto positivo en la EIIC.

-INTELIGENCIA EMOCIONAL

Como ya se expuso en el apartado Resultados (tablas 19, 21, 23), la mayor parte de los pacientes de nuestra muestra presentaron niveles considerados como adecuados de claridad, atención y reparación de las emociones; no hemos podido demostrar diferencias entre hombres y mujeres ni entre EC y CU (tablas 19 a 24).

En relación a la actividad de la EIIC, hemos observado que niveles inferiores de la dimensión atención de la inteligencia emocional se relacionan con mejor calidad de vida en pacientes con EC y menores puntuaciones en los índices de actividad clínica Harvey-Bradshaw y Walmsley. Esto indicaría que la menor atención a las emociones podría funcionar como un protector contra acontecimientos negativos como es la presencia de actividad de la enfermedad.

También hemos observado que la capacidad de reparación de las emociones podría desempeñar un papel crucial en el proceso de adaptación del individuo a la enfermedad, basándonos en la relación positiva que encontramos entre la reparación y el tiempo de evolución y la severidad evolutiva de la enfermedad. Si bien no podemos establecer una relación

causal, volvemos a recalcar que a lo largo de su enfermedad, el paciente con EIIC parece experimentar un proceso de adaptación psicológico para lograr afrontar las adversidades que acarrea su enfermedad, "han aprendido a reparar su sentimientos ante las adversidades".

A tenor de los resultados obtenidos del estudio de la inteligencia emocional y aunque el campo de estudio de la inteligencia emocional no ha hecho más que dar sus primeros pasos, deberíamos considerar la importancia de fomentar su desarrollo en los pacientes con EIIC para prevenir la aparición de psicopatología y mejorar las estrategias de afrontamiento ante su enfermedad. Coincidimos con la opinión de otros autores que destacan la necesidad de enseñar y entrenar ciertas habilidades emocionales de la inteligencia emocional (213,214).

2.6- CORRELACIONES CON ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La estrategia de afrontamiento mas empleada en la población general española es la cognitivo conductual (225), lo que sucede a este respecto en la EIIC aún no está totalmente definido.

En nuestro estudio, obtuvimos que la estrategia de afrontamiento más empleada fue el afrontamiento centrado en las emociones, mientras que la menos empleada fue el escape-avoidance, empleada tan sólo por un 5% de los pacientes de la muestra (tabla 25). Esto concuerda con otro estudio español realizado recientemente (223), si bien en otros dos estudios en EIIC la estrategia más empleada fue la evitativa (221) y la cognitivo conductual (266). Estos dos últimos estudios se realizaron sobre muestras

de menor tamaño (48 y 111 pacientes respectivamente), lo que podría justificar los resultados obtenidos. También en un estudio canadiense se encontró que los pacientes con EIIC usaban la estrategia de afrontamiento cognitivo-conductual con más frecuencia que los controles sanos (267).

No encontramos diferencias significativas en el tipo de estrategia más empleada en pacientes con EC y CU (tabla 25), tampoco difirieron en otro estudio realizado previamente (268).

La estrategia de afrontamiento empleada se ha correlacionado en varios estudios con la actividad de la enfermedad (221,267,269), depresión (270), ansiedad (270) y calidad de vida (222,271), algo que no hemos observado en nuestra muestra.

La visión tradicional respecto a las estrategias de afrontamiento empleadas en la EIIC ,independientemente del instrumento de medida utilizado, es que el afrontamiento centrado en la emoción se ha asociado a peores resultados desde el punto de vista psicológico, se considera incluso desadaptativa en los periodos de actividad (220,269). En un estudio se observó asociación entre afrontamiento cognitivo-conductual y mejores resultados psicológicos (220), en otros y al igual que ocurre en el nuestro, no se mostró relación entre estrategia de afrontamiento y resultados psicológicos (222,268,272). En contraste con la visión tradicional de que la estrategia centrada en el problema es superior, probablemente la flexibilidad en el afrontamiento sea más adaptativa.

Hemos observado relación entre puntuaciones más altas en estrategia de afrontamiento evitativa y mayor número de recaídas en el año previo a la inclusión en el estudio. No encontramos una clara explicación a este hecho

ni podemos discernir la dirección. Podría deberse a que los pacientes con conductas evitativas se implican menos en los aspectos dirigidos a una mejoría de su enfermedad como, abandono del hábito tabáquico o acudir de forma rutinaria a consulta externa. Una explicación totalmente opuesta también es factible, los pacientes con mayor número de recaídas tienden a evitar todo lo relacionado con su enfermedad por el carácter tan aversivo que tiene ya para ellos la propia enfermedad.

Los estudios longitudinales son necesarios para establecer causalidad y valorar si las estrategias de afrontamiento son estables o cambian con el tiempo y con los cambios situacionales, esto hará posible valorar qué estrategias son adaptativas en qué situaciones (por ejemplo actividad frente a remisión).

La variabilidad en el diseño de los estudios y los instrumentos empleados para medir afrontamiento conllevan a la inconsistencia de los resultados que encontramos en la literatura. Además no existe un instrumento de medida de afrontamiento específico para la EIIC.

2.7- MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

CALIDAD DE VIDA

A pesar de realizar una búsqueda bibliográfica concienzuda, no hemos encontrado estudios que valoren la relación entre factores psicológicos positivos y el nivel de calidad de vida en EIIC, por lo que no podemos comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En el modelo creado para valorar la relación de los factores psicológicos positivos con la calidad de vida en la EC (tabla 26), se ha demostrado una relación positiva con el optimismo y negativa con la atención a las emociones y con los ítems de severidad actual de la enfermedad. En este modelo, el sexo femenino también se asoció con peor calidad de vida en los pacientes con EC, como ya se observó en otros estudios (239,241,242).

El hecho de que puntuaciones más altas en la dimensión atención de la inteligencia emocional se asocien con peor calidad de vida en EC, se puede explicar porque un exceso de atención a las emociones, cuando éstas son negativas, resulta en una mayor ansiedad en los pacientes y con ello un deterioro en su calidad de vida. Al igual que sucede en nuestro estudio, ya en estudios previos se observó asociación entre elevados niveles de ansiedad y malestar psíquico y afectación de la calidad de vida (149,268).

En el análisis correlacional, los pacientes con mayores niveles de optimismo y resiliencia presentaron mayores niveles de calidad de vida. A diferencia de lo que ocurre con el resto de factores psicológicos positivos que hemos estudiado, la introducción de la resiliencia en el modelo de regresión lineal tanto en EC como en CU, no alcanza significación estadística. Según nuestro

estudio, el optimismo tiene mayor relación con la calidad de vida de los pacientes con EC que la resiliencia. Ambos constructos van en una misma línea, la de la psicología positiva y se basan en el empleo de conductas adaptativas.

Por el momento, no podemos extrapolar a la EIIC los resultados de los estudios sobre resiliencia en patología cardiovascular y reumatológica, aunque los resultados obtenidos en optimismo en nuestro estudio apoyan la teoría del impacto positivo de ciertos factores psicológicos en las enfermedades crónicas.

En el modelo de regresión lineal creado para valorar la asociación de factores psicológicos positivos y calidad de vida en CU (tabla 27), tan sólo demostramos relación estadísticamente significativa con la variable severidad actual de la enfermedad y marginalmente significativa con la dimensión reparación de la inteligencia emocional. Esto nos puede llevar a sospechar que los factores psicológicos tienen una mayor influencia en la EC que en la CU, pero hasta hoy no existe una explicación para este hecho.

Un dato destacable en nuestro estudio y poco estudiado en el ámbito de la EIIC es la importante relación de los factores psicológicos positivos con la calidad de vida de los pacientes. Esto ha resultado así a pesar de incorporar en los modelos de regresión lineal parámetros biomédicos como es la severidad actual de la enfermedad.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

En base a los resultados obtenidos de los modelos de regresión lineal múltiple, se observa una influencia mucho más potente de los factores psicológicos positivos sobre la ansiedad y la depresión que la propia actividad de la enfermedad, fenómeno que no se había estudiado hasta ahora. Tan sólo en el modelo de depresión en la EC encontramos asociación entre la severidad actual de la enfermedad y la presencia de sintomatología depresiva (tabla 30).

Los resultados que hemos obtenido del análisis de regresión indican que el optimismo podría ser un factor protector para los trastornos del estado de ánimo sobretudo en el caso de EC (tablas 28 y 30). En CU (tabla 29 y 31) no encontramos asociación entre optimismo y ansiedad, pero sí con los niveles de depresión, lo que coincide con estudios en psicología que, aunque no analizaron el optimismo como factor de riesgo o protector, si han encontrado relaciones negativas con emociones negativas como la ansiedad (197). Esto puede indicar no sólo que exista una relación inversa con estados psicológicos negativos, sino tal como lo plantean los resultados del presente estudio, el optimismo sería más bien un factor que pudiera estar protegiendo a las personas de experimentar mayor ansiedad.

En lo referente a la inteligencia emocional, en los modelos de ansiedad y depresión creados observamos que la dimensión atención a las emociones se asoció positivamente con los niveles de ansiedad en EC y CU y de depresión en EC (tablas 28 a 31), es decir, mayores puntuaciones en atención predijeron mayores niveles de ansiedad y depresión.

También se muestra una asociación negativa entre las puntuaciones de reparación de las emociones y la depresión en CU.

Coincidimos con lo ya expuesto por Fernández-Berrocal (273) que sugiere que las mujeres con estado anímico normal se diferencian de las depresivas en tener puntuaciones menores en la escala de atención y mayores en reparación del TMMS-24.

Los resultados de estudios recientes en Psicología también indican que niveles altos de inteligencia emocional están significativamente relacionados con buena salud mental mientras que niveles bajos están relacionados con ciertos trastornos psicológicos (274–276). Por el contrario, las personas con una baja inteligencia emocional tienen más comportamientos autodestructivos y una peor salud mental y física, como observamos en nuestro estudio y en el de Lizeretti (257).

En resumen, el equilibrio entre las dimensiones de la inteligencia emocional puede actuar como un protector en la salud mental e influir en la disminución de la vulnerabilidad hacia los trastornos del estado de ánimo en los pacientes con EIIC.

3-COMENTARIOS FINALES, IMPLICACIONES CLÍNICAS

En los últimos años, la literatura ha hecho énfasis y hay abundante información sobre el impacto de emociones negativas (como depresión, ansiedad y estrés) en la fisiopatología y en la calidad de vida de los

pacientes con EIIC. Por el contrario, existe poca información sobre el papel de variables psicológicas positivas como la resiliencia, el optimismo o la inteligencia emocional, que podrían servir como marco protector para un mejor bienestar psicológico y físico del paciente con una enfermedad como la EIIC, con un diagnóstico habitual en edades tempranas de la vida y de curso crónico e inesperado.

Con los resultados de este estudio, podemos concluir que los factores psicológicos positivos tienen un peso importante sobre la EIIC, pero discernir específicamente cuál de ellos es más relevante sobre la evolución y pronóstico de la enfermedad es difícil, ya que entre ellos se pueden entrelazar y solapar y además puede existir otra comorbilidad psicológica sobreañadida.

El modelo biopsicosocial es aplicable a la EIIC y puede contribuir a la explicación de la variabilidad y la intensidad de su sintomatología, así como las distintas formas de comportamiento y adaptación de los pacientes a su enfermedad.

Como ya se hizo con la calidad de vida, sería recomendable incluir dentro de los objetivos terapéuticos la normalización psicológica de los pacientes con EIIC.

Es importante que los clínicos encargados del manejo de los pacientes con EIIC seamos capaces de detectar precozmente la aparición de sintomatología ansioso-depresiva y déficit en rasgos positivos de la personalidad, particularmente en los momentos más vulnerables de la enfermedad. Para esto sería recomendable valorar la implementación de métodos de screening de distrés psicológico que puedan ser empleados en

la práctica habitual y la inclusión de especialistas en psiquiatría o psicología en las unidades de EIIC que aborden los trastornos psicológicos detectados y refuercen los factores psicológicos positivos, especialmente. Sería factible incluso, realizar de forma sistemática intervenciones psicológicas como sesiones de grupo o talleres que persigan fortalecer los rasgos psicológicos que actúan como protectores de la calidad de vida de los pacientes con EIIC.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Un porcentaje importante de pacientes ambulatorios con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica presenta sintomatología ansiosa (23%) y depresiva (8%), sin encontrar diferencias entre Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.
2. La mayor parte de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica (53%) presenta unos niveles de resiliencia media, sin encontrar diferencias entre Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.
3. Respecto a la Inteligencia emocional, la mayoría de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica presenta unos niveles de atención a las emociones, claridad de las emociones y capacidad de reparación de los sentimientos adecuados (55%, 52% y 60% respectivamente). Dichos niveles no son diferentes entre las dos entidades que componen la enfermedad.
4. El afrontamiento centrado en las emociones es la estrategia de afrontamiento más empleada por los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica.
5. Las variables estudiadas que se asocian de forma independiente con una mayor calidad de vida en pacientes con Enfermedad de Crohn en el presente estudio son: sexo masculino, mayor nivel de optimismo,

menor puntuación en la dimensión atención de la inteligencia emocional y menor número de ítems de severidad actual de la enfermedad.

6. La mayor severidad actual de la enfermedad se asocia de forma independiente con una peor calidad de vida en pacientes con Colitis Ulcerosa.
7. Las variables estudiadas que predicen de forma independiente un mayor nivel de ansiedad en pacientes con Enfermedad de Crohn son: menores niveles de optimismo y mayor puntuación en la dimensión atención de la inteligencia emocional.
8. Sólo una mayor puntuación en la dimensión atención de la inteligencia emocional se asocia de forma independiente con mayor nivel de ansiedad en pacientes con Colitis Ulcerosa.
9. Las variables estudiadas que predicen de forma independiente mayor sintomatología depresiva en pacientes con Enfermedad de Crohn son: menores puntuaciones en optimismo, mayor puntuación en la dimensión atención de la inteligencia emocional y mayor número de ítems de severidad actual de la enfermedad.
10. Las variables estudiadas que predicen de forma independiente mayor sintomatología depresiva en pacientes con Colitis Ulcerosa son: menores puntuaciones en optimismo y menor puntuación en la dimensión reparación de la inteligencia emocional.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142:46–54.
2. Gismera CS, Aladrén BS. Inflammatory bowel diseases: a disease (s) of modern times? Is incidence still increasing? *World J Gastroenterol*. 2008;14:5491–8.
3. Soon IS, Molodecky NA, Rabi DM, Ghali WA, Barkema HW, Kaplan GG. The relationship between urban environment and the inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol*. 2012;12:51-64.
4. Bernstein CN, Shanahan F. Disorders of a modern lifestyle: reconciling the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Gut*. 2008;57:1185–91.
5. Lakatos P-L. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: up or down? *World J Gastroenterol*. 2006;12:6102–8.
6. Maté-Jimenez J, Muñoz S, Vicent D, Pajares JM. Incidence and prevalence of ulcerative colitis and Crohn's disease in urban and rural areas of Spain from 1981 to 1988. *J Clin Gastroenterol*. 1994;18:27–31.
7. López-Serrano P, Pérez-Calle JL, Carrera-Alonso E, Pérez-Fernández T, Rodríguez-Caravaca G, Boixeda-de-Miguel D, et al. Epidemiologic study on the current incidence of inflammatory bowel disease in Madrid. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101:768–72.
8. Arin Letamendia A, Borda Celaya F, Burusco Paternain MJ, Prieto Martínez C, Martínez Echeverría A, Elizalde Apestegui I, et al. High incidence rates of inflammatory bowel disease in Navarra (Spain). Results of a prospective, population-based study. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:111–6.
9. López Miguel C, Sicilia B, Sierra E, López Zaborras J, Arribas F, Gomollón F. Incidence of inflammatory bowel disease in Aragon: outcome of a prospective population-based study. *Gastroenterol Hepatol*. 1999;22:323–8.
10. Kobayashi T, Okamoto S, Iwakami Y, Nakazawa A, Hisamatsu T, Chinen H, et al. Exclusive increase of CX3CR1+CD28-CD4+ T cells in inflammatory bowel disease and their recruitment as intraepithelial lymphocytes. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13:837–46.

11. Carr I, Mayberry JF. The effects of migration on ulcerative colitis: a three-year prospective study among Europeans and first- and second- generation South Asians in Leicester (1991-1994). *Am J Gastroenterol.* 1999;94:2918–22.
12. López-Serrano P, Pérez-Calle JL, Pérez-Fernández MT, Fernández-Font JM, Boixeda de Miguel D, Fernández-Rodríguez CM. Environmental risk factors in inflammatory bowel diseases. Investigating the hygiene hypothesis: a Spanish case-control study. *Scand J Gastroenterol.* 2010;45:1464–71.
13. Feeney MA, Murphy F, Clegg AJ, Trebble TM, Sharer NM, Snook JA. A case-control study of childhood environmental risk factors for the development of inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002;14:529–34.
14. Green C, Elliott L, Beaudoin C, Bernstein CN. A population-based ecologic study of inflammatory bowel disease: searching for etiologic clues. *Am J Epidemiol.* 2006;164:615–23.
15. Jakobsen C, Paerregaard A, Munkholm P, Wewer V. Environmental factors and risk of developing paediatric inflammatory bowel disease — A population based study 2007–2009. *J Crohn's Colitis.* 2013;7:79–88.
16. Baron S, Turck D, Leplat C, Merle V, Gower-Rousseau C, Marti R, et al. Environmental risk factors in paediatric inflammatory bowel diseases: a population based case control study. *Gut.* 2005;54:357–63.
17. Van der Heide F, Dijkstra A, Weersma RK, Albersnagel FA, van der Logt EMJ, Faber KN, et al. Effects of active and passive smoking on disease course of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15:1199–207.
18. Sicilia B, López Miguel C, Arribas F, López Zaborras J, Sierra E, Gomollón F. Environmental risk factors and Crohn's disease: a population-based, case-control study in Spain. *Dig Liver Dis.* 2001;33:762–7.
19. Mondot S, Kang S, Furet JP, Aguirre de Carcer D, McSweeney C, Morrison M, et al. Highlighting new phylogenetic specificities of Crohn's disease microbiota. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:185–92.
20. Lamps LW, Madhusudhan KT, Havens JM, Greenson JK, Bronner MP, Chiles MC, et al. Pathogenic *Yersinia* DNA is detected in bowel and mesenteric lymph nodes from patients with Crohn's disease. *Am J Surg Pathol.* 2003;27:220–7.
21. Gradel KO, Nielsen HL, Schonheyder HC, Ejlersen T, Kristensen B, Nielsen H. Increased short- and long-term risk of inflammatory bowel disease after

- salmonella or campylobacter gastroenteritis. *Gastroenterology*. 2009;137:495–501.
22. Eaves-Pyles T, Allen CA, Taormina J, Swidsinski A, Tutt CB, Jezek GE, et al. *Escherichia coli* isolated from a Crohn's disease patient adheres, invades, and induces inflammatory responses in polarized intestinal epithelial cells. *Int J Med Microbiol*. 2008;298:397–409.
 23. Brant SR. Update on the heritability of inflammatory bowel disease: The importance of twin studies. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17:1–5.
 24. Economou M, Trikalinos TA, Loizou KT, Tsianos E V, Ioannidis JPA. Differential effects of NOD2 variants on Crohn's disease risk and phenotype in diverse populations: a metaanalysis. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:2393–404.
 25. Levine B, Deretic V. Unveiling the roles of autophagy in innate and adaptive immunity. *Nat Rev Immunol*. 2007;7:767–77.
 26. Mannon PJ, Fuss IJ, Mayer L, Elson CO, Sandborn WJ, Present D, et al. Anti-interleukin-12 antibody for active Crohn's disease. *N Engl J Med*. 2004;351:2069–79.
 27. Silverberg MS, Cho JH, Rioux JD, McGovern DPB, Wu J, Annese V, et al. Ulcerative colitis-risk loci on chromosomes 1p36 and 12q15 found by genome-wide association study. *Nat Genet*. 2009;41:216–20.
 28. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott IDR, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2005;19 Suppl A:5A–36A.
 29. Stange EF, Travis SPL, Vermeire S, Beglinger C, Kupcinkas L, Geboes K, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *Gut*. 2006;55 Suppl 1–15.
 30. Rothfuss KS, Stange EF, Herrlinger KR. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2006;12:4819–31.
 31. Ardizzone S, Puttini PS, Cassinotti A, Porro GB. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis*. 2008;40 Suppl 2:S253–9.

32. Larsen S, Bendtzen K, Nielsen OH. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: epidemiology, diagnosis, and management. *Ann Med.* 2010;42:97–114.
33. Paredes JM, Barrachina MM, Román J, Moreno-Osset E. Patología articular en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol.* 2005;28:240–9.
34. Trost LB, McDonnell JK. Important cutaneous manifestations of inflammatory bowel disease. *Postgrad Med J.* 2005;81:580–5.
35. Brooklyn TN. Infliximab for the treatment of pyoderma gangrenosum: a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Gut.* 2006;55:505–9.
36. Talwalkar JA, Lindor KD. Primary sclerosing cholangitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2005;11:62–72.
37. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis.* 2010;4:7–27.
38. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1989;170:2–6.
39. Sipponen T, Savilahti E, Kolho K-L, Nuutinen H, Turunen U, Färkkilä M. Crohn's disease activity assessed by fecal calprotectin and lactoferrin: correlation with Crohn's disease activity index and endoscopic findings. *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14:40–6.
40. Fefferman DS, Farrell RJ. Endoscopy in inflammatory bowel disease: indications, surveillance, and use in clinical practice. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3:11–24.
41. Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI, Gurudu SR, Fleischer DE, Hara AK, et al. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with non-stricturing small bowel Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:954–64.
42. Magro F, Langner C, Driessen A, Ensari A, Geboes K, Mantzaris GJ, et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2013;7:827–51.

43. Horsthuis K, Bipat S, Bennink RJ, Stoker J. Inflammatory bowel disease diagnosed with US, MR, scintigraphy, and CT: meta-analysis of prospective studies. *Radiology*. 2008;247:64–79.
44. Masselli G, Gualdi G. MR imaging of the small bowel. *Radiology*. 2012;264:333–48.
45. Stange EF, Travis SPL, Vermeire S, Reinisch W, Geboes K, Barakauskiene A, et al. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis*. 2008;2:1–23.
46. Reese GE, Constantinides VA, Simillis C, Darzi AW, Orchard TR, Fazio VW, et al. Diagnostic precision of anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies and perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2410–22.
47. Vermeire S, Van Assche G, Rutgeerts P. Laboratory markers in IBD: useful, magic, or unnecessary toys? *Gut*. 2006;55:426–31.
48. DeRoche TC, Xiao S-Y, Liu X. Histological evaluation in ulcerative colitis. *Gastroenterol Rep*. 2014;2:178–92.
49. Aydin F, Dincer D, Güngör F, Boz A, Akça S, Yildiz A, et al. Technetium-99m hexamethyl propylene amine oxime-labeled leukocyte scintigraphy at three different times in active ulcerative colitis: comparison with colonoscopy and clinico-biochemical parameters in the assessment of disease extension and severity. *Ann Nucl Med*. 2008;22:371–7.
50. Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol*. 2009;104:465–83.
51. Yoshida EM. The Crohn's Disease Activity Index, its derivatives and the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: a review of instruments to assess Crohn's disease. *Can J Gastroenterol*. 1999;13:65–73.
52. Van Hees PA, van Elteren PH, van Lier HJ, van Tongeren JH. An index of inflammatory activity in patients with Crohn's disease. *Gut*. 1980;21:279–86.
53. Vermeire S, Schreiber S, Sandborn WJ, Dubois C, Rutgeerts P. Correlation between the Crohn's disease activity and Harvey-Bradshaw indices in assessing Crohn's disease severity. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8:357–63.

54. Best WR. Predicting the Crohn's disease activity index from the Harvey-Bradshaw Index. *Inflamm Bowel Dis.* 2006;12:304–10.
55. Safar B, Sands D. Perianal Crohn's disease. *Clin Colon Rectal Surg.* 2007;20:282–93.
56. Daperno M, D'Haens G, Van Assche G, Baert F, Bulois P, Maunoury V, et al. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD. *Gastrointest Endosc.* 2004;60:505–12.
57. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Beyls J, Kerremans R, Hiele M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology.* 1990;99:956–63.
58. Gisbert JP, McNicholl AG. Questions and answers on the role of faecal calprotectin as a biological marker in inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis.* 2009;41:56–66.
59. Moniuszko A, Wiśniewska A, Rydzewska G. Biomarkers in management of inflammatory bowel disease. *Prz Gastroenterol.* 2013;8:275–83.
60. Rimola J, Ordás I, Rodríguez S, García-Bosch O, Aceituno M, Llach J, et al. Magnetic resonance imaging for evaluation of Crohn's disease: validation of parameters of severity and quantitative index of activity. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:1759–68.
61. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative Colitis Practice Guidelines in Adults: American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol.* 2010;105:501–23.
62. Hirai F, Matsui T, Aoyagi K, Inoue N, Hibi T, Oshitani N, et al. Validity of activity indices in ulcerative colitis: comparison of clinical and endoscopic indices. *Dig Endosc.* 2010;22:39–44.
63. British Society of Gastroenterology annual meeting. 18-21 March 2001. Glasgow, United Kingdom. Abstracts. *Gut.* 2001;48 Suppl 1:A1–124.
64. Lewis JD. The utility of biomarkers in the diagnosis and therapy of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 2011;140:1817–26.
65. D'Haens G, Sandborn WJ, Feagan BG, Geboes K, Hanauer SB, Irvine EJ, et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical

therapy in adults with ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2007;132:763–86.

66. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2011;60:571–607.
67. Velayos FS, Terdiman JP, Walsh JM. Effect of 5-aminosalicylate use on colorectal cancer and dysplasia risk: a systematic review and metaanalysis of observational studies. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:1345–53.
68. Sinagra E, Tomasello G, Raimondo D, Sturm A, Giunta M, Messina M, et al. Advanced endoscopic imaging for surveillance for dysplasia and colorectal cancer in inflammatory bowel disease: could the pathologist be further helped? *Saudi J Gastroenterol*. 2014;20:26–38.
69. Kruis W, Kiudelis G, Rácz I, Gorelov IA, Pokrotnieks J, Horynski M, et al. Once daily versus three times daily mesalazine granules in active ulcerative colitis: a double-blind, double-dummy, randomised, non-inferiority trial. *Gut*. 2009;58:233–40.
70. Nikfar S, Rahimi R, Rezaie A, Abdollahi M. A meta-analysis of the efficacy of sulfasalazine in comparison with 5-aminosalicylates in the induction of improvement and maintenance of remission in patients with ulcerative colitis. *Dig Dis Sci*. 2009;54:1157–70.
71. Benchimol EI, Seow CH, Steinhardt AH, Griffiths AM. Traditional corticosteroids for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008, Issue 2. Art. No.: CD006792.
72. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, Lémann M, Söderholm J, Colombel JF, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *J Crohns Colitis*. 2010;4:28–62.
73. Lichtenstein GR, Abreu MT, Cohen R, Tremaine W. American Gastroenterological Association Institute technical review on corticosteroids, immunomodulators, and infliximab in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2006;130:940–87.
74. Teshima C, Fedorak RN. Are there differences in type, dosage, and method of administration for the systemic steroids in IBD treatment? *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14 Suppl 2:S216–8.

75. Benchimol EI, Seow CH, Otley AR, Steinhart AH. Budesonide for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009, Issue 1. Art No.:CD002913.
76. Gisbert JP, Niño P, Rodrigo L, Cara C, Guijarro LG. Thiopurine methyltransferase (TPMT) activity and adverse effects of azathioprine in inflammatory bowel disease: long-term follow-up study of 394 patients. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2769–76.
77. Deshpande AR, Abreu MT. Optimizing therapy with 6-mercaptopurine and azathioprine: to measure or not to measure? *Therap Adv Gastroenterol*. 2010;3:275–9.
78. Prefontaine E, Macdonald JK, Sutherland LR. Azathioprine or 6-mercaptopurine for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010, Issue 6. Art.No:CD000545.
79. Markowitz J, Grancher K, Kohn N, Lesser M, Daum F. A multicenter trial of 6-mercaptopurine and prednisone in children with newly diagnosed Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2000;119:895–902.
80. Punati J, Markowitz J, Lerer T, Hyams J, Kugathasan S, Griffiths A, et al. Effect of early immunomodulator use in moderate to severe pediatric Crohn disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14:949–54.
81. Lopez-Sanroman A, Bermejo F, Carrera E, Garcia-Plaza A. Efficacy and safety of thiopurinic immunomodulators (azathioprine and mercaptopurine) in steroid-dependent ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:161–6.
82. Ardizzone S, Maconi G, Russo A, Imbesi V, Colombo E, Bianchi Porro G. Randomised controlled trial of azathioprine and 5-aminosalicylic acid for treatment of steroid dependent ulcerative colitis. *Gut*. 2006;55:47–53.
83. Fraser AG, Morton D, McGovern D, Travis S, Jewell DP. The efficacy of methotrexate for maintaining remission in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;16:693–7.
84. Lichtiger S. Cyclosporine therapy in inflammatory bowel disease: open-label experience. *Mt Sinai J Med*. 1990;57:315–9.
85. D'Haens G, Lemmens L, Geboes K, Vandeputte L, Van Acker F, Mortelmans L, et al. Intravenous cyclosporine versus intravenous corticosteroids as single therapy for severe attacks of ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2001;120:1323–

- 9.
86. Haslam N, Hearing SD, Probert CS. Audit of cyclosporin use in inflammatory bowel disease: limited benefits, numerous side-effects. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000;12:657–60.
87. Baumgart DC, Pintoffl JP, Sturm A, Wiedenmann B, Dignass AU. Tacrolimus is safe and effective in patients with severe steroid-refractory or steroid-dependent inflammatory bowel disease—a long-term follow-up. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:1048–56.
88. Neurath MF, Wanitschke R, Peters M, Krummenauer F, Meyer zum Büschenfelde KH, Schlaak JF. Randomised trial of mycophenolate mofetil versus azathioprine for treatment of chronic active Crohn's disease. *Gut.* 1999;44:625–8.
89. Hanauer SB, Feagan BG, Lichtenstein GR, Mayer LF, Schreiber S, Colombel JF, et al. Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. *Lancet.* 2002;359:1541–9.
90. Reinisch W, Sandborn WJ, Hommes DW, D'Haens G, Hanauer S, Schreiber S, et al. Adalimumab for induction of clinical remission in moderately to severely active ulcerative colitis: results of a randomised controlled trial. *Gut.* 2011;60:780–7.
91. Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG, Reinisch W, Olson A, Johanns J, et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med.* 2005;353:2462–76.
92. Hanauer SB, Sandborn WJ, Rutgeerts P, Fedorak RN, Lukas M, MacIntosh D, et al. Human Anti-Tumor Necrosis Factor Monoclonal Antibody (Adalimumab) in Crohn's Disease: the CLASSIC-I Trial. *Gastroenterology.* 2006;130:323–33.
93. Regueiro M, Schraut W, Baidoo L, Kip KE, Sepulveda AR, Pesci M, et al. Infliximab prevents Crohn's disease recurrence after ileal resection. *Gastroenterology.* 2009;136:441–50
94. Löwenberg M, de Boer NK, Hoentjen F. Golimumab for the treatment of ulcerative colitis. *Clin Exp Gastroenterol.* 2014;7:53–9.
95. Cabriada J, Doménech E, Gomollón F, González-Carro P, González-Lara V, Hinojosa J, et al. Documento de consenso en el uso de la granulocitoaféresis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol*

Hepatol.2006;29:85–91.

96. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, van der Woude CJ, Sturm A, De Vos M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J Crohns Colitis*. 2010;4:63–101.
97. Hwang JM, Varma MG. Surgery for inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2008;14:2678–90.
98. Cima RR, Pemberton JH. Medical and surgical management of chronic ulcerative colitis. *Arch Surg*. 2005;140:300–10.
99. Metcalf AM. Elective and emergent operative management of ulcerative colitis. *Surg Clin North Am*. 2007;87:633–41.
100. Jani K, Shah A. Laparoscopic total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis. *J Minim Access Surg*. 2015;11:177–83.
101. Alós R, Hinojosa J. Timing of surgery in Crohn's disease: a key issue in the management. *World J Gastroenterol*. 2008;14:5532–9.
102. Yamamoto T, Watanabe T. Surgery for luminal Crohn's disease. *World J Gastroenterol*. 2014;20:78–90.
103. Fichera A, Lovadina S, Rubin M, Cimino F, Hurst RD, Michelassi F. Patterns and operative treatment of recurrent Crohn's disease: a prospective longitudinal study. *Surgery*. 2006;140:649–54.
104. León-Sanromà M. El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Atención Primaria*.2007;39:451-3.
105. Marín L, Torrejón A, Oltra L, Seoane M, Hernández-Sampelayo P, Vera MI, et al. Nursing resources and responsibilities according to hospital organizational model for management of inflammatory bowel disease in Spain. *J Crohns Colitis*. 2011;5:211–7.
106. Casati J, Toner BB, de Rooy EC, Drossman DA, Maunder RG. Concerns of patients with inflammatory bowel disease: a review of emerging themes. *Dig Dis Sci*. 2000;45:26–31.
107. Flett GL, Baricza C, Gupta A, Hewitt PL, Endler NS. Perfectionism,

psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: a study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *J Health Psychol.* 2011;16:561–71.

108. Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, De Carne M. Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom.* 1999;68:263–9.
109. Robertson DA, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut.* 1989;30:623–6.
110. Boye B, Jahnsen J, Mogleby K, Leganger S, Jantschek G, Jantschek I, et al. The INSPIRE study: are different personality traits related to disease-specific quality of life (IBDQ) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14:680–6.
111. Hall NJ, Rubin GP, Dougall A, Hungin APS, Neely J. The fight for “health-related normality”: a qualitative study of the experiences of individuals living with established inflammatory bowel disease (ibd). *J Health Psychol.* 2005;10:443–55.
112. Moreno-Jiménez B, López-Blanco B, Rodríguez-Muñoz A, Garrosa-Hernández E. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res.* 2007;62:39–46.
113. Iglesias M, Vázquez I, Barreiro-de Acosta M, Figueiras A, Nieto L, Piñeiro M, et al. Health related quality of life in patients with Crohn's disease in remission. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102:624–30.
114. Casellas F, Barreiro-de Acosta M, Iglesias M, Robles V, Nos P, Aguas M, et al. Mucosal healing restores normal health and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012;24:762–9.
115. Helzer JE, Chammas S, Norland CC, Stillings WA, Alpers DH. A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology.* 1984;86:324–30.
116. Vidal A, Gómez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salamero M, Piqué JM, et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14:977–83.
117. Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM, Zagami EA, Appelbaum MI. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. *Dig Dis Sci.* 1989;34:1379–86.

118. Colombel JF, Yazdanpanah Y, Laurent F, Houcke P, Delas N, Marquis P. Quality of life in chronic inflammatory bowel diseases. Validation of a questionnaire and first French data. *Gastroentérologie Clin Biol.* 1996;20:1071–7.
119. Mitchell A, Guyatt G, Singer J, Irvine EJ, Goodacre R, Tompkins C, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol.* 1988;10:306–10.
120. Han S-W, McColl E, Nick Steen I, Barton JR, James P, Welfare MR. The predictors of hospital clinic visits in patients with ulcerative colitis: An examination of disease variables, quality of life and illness perception. *Gastroenterology.* 2000;118:A123.
121. Lange A, Haslbeck E, Andus T, Bregenzner N, Gross V, Schölmerich J, et al. Ambulatory education of patient with Crohn disease/ulcerative colitis. *Z Gastroenterol.* 1996;34:411–5.
122. Borgaonkar MR, Townson G, Donnelly M, Irvine EJ. Providing disease-related information worsens health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2002;8:264–9.
123. Thirlby RC, Sobrino MA, Randall JB. The long-term benefit of surgery on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Arch Surg.* 2001;136:521–7.
124. Awad RW, el-Gohary TM, Skilton JS, Elder JB. Life quality and psychological morbidity with an ileostomy. *Br J Surg.* 1993;80:252–3.
125. Richards DM, Irving MH. Assessing the quality of life of patients with intestinal failure on home parenteral nutrition. *Gut.* 1997;40:218–22.
126. Jamieson CP, Norton B, Day T, Lakeman M, Powell-Tuck J. The quantitative effect of nutrition support on quality of life in outpatients. *Clin Nutr.* 1997;16:25–8.
127. Singleton JW, Hanauer S, Robinson M. Quality-of-life results of double-blind, placebo-controlled trial of mesalamine in patients with Crohn's disease. *Dig Dis Sci.* 1995;40:931–5.
128. Robinson M, Hanauer S, Hoop R, Zbrozek A, Wilkinson C. Mesalamine capsules



enhance the quality of life for patients with ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 1994;8:27–34.

129. Martin F, Sutherland L, Beck IT, Anderson AH, Williams CN, Saibel F, et al. Oral 5-ASA versus prednisone in short term treatment of Crohn's disease: A multicentre controlled trial. *Can J Gastroenterol.* 1990;4:452-7.
130. Irvine EJ, Greenberg GR, Feagan BG, Martin F, Sutherland LR, Thomson AB, et al. Quality of life rapidly improves with budesonide therapy for active Crohn's disease. Canadian Inflammatory Bowel Disease Study Group. *Inflamm Bowel Dis.* 2000;6:181–7.
131. Greenberg GR, Feagan BG, Martin F, Sutherland LR, Thomson AB, Williams CN, et al. Oral budesonide for active Crohn's disease. Canadian Inflammatory Bowel Disease Study Group. *N Engl J Med.* 1994;331:836–41.
132. Bar-Meir S, Chowers Y, Lavy A, Abramovitch D, Sternberg A, Leichtmann G, et al. Budesonide versus prednisone in the treatment of active Crohn's disease. The Israeli Budesonide Study Group. *Gastroenterology.* 1998;115:835–40.
133. Feagan BG, Rochon J, Fedorak RN, Irvine EJ, Wild G, Sutherland L, et al. Methotrexate for the treatment of Crohn's disease. The North American Crohn's Study Group Investigators. *N Engl J Med.* 1995;332:292–7.
134. Sandborn WJ. A review of immune modifier therapy for inflammatory bowel disease: azathioprine, 6-mercaptopurine, cyclosporine, and methotrexate. *Am J Gastroenterol.* 1996;91:423–33.
135. Guyatt GH, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Feeny DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *CMAJ.* 1989;140:1441–8.
136. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care.* 1989;27(3 Suppl):S217–32.
137. Carter WB, Bobbitt RA, Bergner M, Gilson BS. Validation of an interval scaling: the sickness impact profile. *Health Serv Res.* 1976;11:516–28.
138. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health.* 1980;34:281–6.

139. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473–83.
140. Rosser R, Kind P. A scale of valuations of states of illness: is there a social consensus? *Int J Epidemiol*. 1978;7:347–58.
141. Kaplan RM, Bush JW, Berry CC. Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Serv Res*. 1976;11:478–507.
142. EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16:199–208.
143. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 1989;96:804–10.
144. Love JR, Irvine EJ, Fedorak RN. Quality of life in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol*. 1992;14:15–9.
145. López-Vivancos J, Casellas F, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Validation of the spanish version of the inflammatory bowel disease questionnaire on ulcerative colitis and Crohn's disease. *Digestion*. 1999;60:274–80.
146. Irvine EJ, Zhou Q, Thompson AK. The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: a quality of life instrument for community physicians managing inflammatory bowel disease. CCRPT Investigators. Canadian Crohn's Relapse Prevention Trial. *Am J Gastroenterol*. 1996;91:1571–8.
147. Alcalá MJ, Casellas F, Fontanet G, Prieto L, Malagelada JR. Shortened questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2004;10:383–91.
148. Casellas F, Alcalá MJ, Prieto L, Miró JRA, Malagelada JR. Assessment of the influence of disease activity on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease using a short questionnaire. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:457–61.
149. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:1994–9.
150. Häuser W, Janke K-H, Klump B, Hinz A. Anxiety and depression in patients

with inflammatory bowel disease: comparisons with chronic liver disease patients and the general population. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:621–32.

151. Walker JR, Ediger JP, Graff LA, Greenfeld JM, Clara I, Lix L, et al. The Manitoba IBD cohort study: a population-based study of the prevalence of lifetime and 12-month anxiety and mood disorders. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:1989–97.
152. Kurina LM, Goldacre MJ, Yeates D, Gill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:716–20.
153. Kovács Z, Kovács F. Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Int J Psychiatry Med.* 2007;37:245–55.
154. Addolorato G, Capristo E, Stefanini GF, Gasbarrini G. Inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. *Scand J Gastroenterol.* 1997;32:1013–21.
155. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, Wilson IG, Andrews JM, Holtmann GJ. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13:225–34.
156. Mardini HE, Kip KE, Wilson JW. Crohn's disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. *Dig Dis Sci.* 2004;49:492–7.
157. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oefflerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med.* 2004;66:79–84.
158. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C, et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:1213–20.
159. Vidal A, Gómez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salamero M, Piqué JM, et al. The impact of anxiety and depression on relapse in patients with inflammatory bowel disease. *Med Clin (Barc).* 2009;132:298–302.
160. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature.*

2008;455:894–902.

161. Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*. 1987;28:1600–4.
162. Walker EA, Gelfand MD, Gelfand AN, Creed F, Katon WJ. The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996;18:220–9.
163. Häuser W, Janke K-H, Stallmach A. Mental disorder and psychologic distress in patients with ulcerative colitis after ileal pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:952–62.
164. Fuller-Thomson E, Sulman J. Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12:697–707.
165. Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int J Ment Health Syst*. 2007;1(1):4.
166. Mawdsley JE, Rampton DS. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*. 2005;54:1481–91.
167. Mawdsley JE, Macey MG, Feakins RM, Langmead L, Rampton DS. The effect of acute psychologic stress on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2006;131:410–9.
168. Levenstein S. Stress and ulcerative colitis: convincing the doubting. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:2112–5.
169. Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L, et al. The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22:101–10.
170. Maunder RG, Greenberg GR, Hunter JJ, Lancee WJ, Steinhart AH, Silverberg MS. Psychobiological subtypes of ulcerative colitis: pANCA status moderates the relationship between disease activity and psychological distress. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2546–51.
171. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of

Crohn's disease: special situations. *Gut*. 2006;55 Suppl 1:36–58.

172. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–70.
173. Caro I, Ibáñez E. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la salud. *Boletín de psicología*. Promolibro; 1992. p. 43–69.
174. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. 1997;42:17–41.
175. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, Habbal R, Taylor TH, Aziz N, et al. Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psychooncology*. 2002;11:142–53.
176. Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *Br J Health Psychol*. 2008;13(Pt 2):311–25.
177. White N, Bichter J, Koeckeritz J, Lee YAE, Munch KL. A cross-cultural comparison of family resiliency in hemodialysis patients. *J Transcult Nurs*. 2002;13:218–27.
178. Vinaccia S, Quiceno JM. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. *Ter Psicológica*. 2011;29:65–76.
179. Rabkin JG, Remien R, Katoff L, Williams JB. Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:162–7.
180. Bletzer K V. Identity and resilience among persons with HIV: a rural African American experience. *Qual Health Res*. 2007;17:162–75.
181. Wright LJ, Zautra AJ, Going S. Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Ann Behav Med*. 2008;36:70–80.
182. Strand EB, Zautra AJ, Thoresen M, Odegard S, Uhlig T, Finset A. Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 2006;60:477–84.

183. Arrebola-Moreno AL, Garcia-Retamero R, Catena A, Marfil-Álvarez R, Melgares-Moreno R, Ramírez-Hernández JA. On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *Int J Clin Heal Psychol*. 2014;14:111–9.
184. Chan IWS, Lai JCL, Wong KWN. Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychol Health*. Routledge. 2006;21:335–49.
185. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist*. 2010;50:36–47.
186. Hildon Z, Smith G, Netuveli G, Blane D. Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociol Health Illn*. 2008;30:726–40.
187. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res*. 2008;43:148–54.
188. Netuveli G, Wiggins RD, Montgomery SM, Hildon Z, Blane D. Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:987–91.
189. Nygren B, Aléx L, Jonsén E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Ment Health*. 2005;9:354–62.
190. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1:165–78.
191. Heilemann M V, Lee K, Kury FS. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 2003;11:61–72.
192. Martínez-Correa A, del Paso G, García-León A, González-Jareño M. Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento al estrés. *Psicothema*. 2006;18:66-72.
193. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*. 1985;4:219–47.

194. Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51:1257–64.
195. Mroczek DK, Spiro A, Aldwin CM, Ozer DJ, Bossé R. Construct validation of optimism and pessimism in older men: findings from the normative aging study. *Health Psychol.* 1993;12:406–9.
196. Peterson C, Seligman ME, Vaillant GE. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *J Pers Soc Psychol.* 1988;55:23–7.
197. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Ann Behav Med.* 2009;37:239–56.
198. Friedman LC, Webb JA, Bruce S, Weinberg AD, Cooper HP. Skin cancer prevention and early detection intentions and behavior. *Am J Prev Med.* 1995;11:59–65.
199. Johnson JE. Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Res Nurs Health.* 1996;19:3–12.
200. Schou I, Ekeberg O, Ruland CM, Sandvik L, Karesen R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology.* 2004;13:309–20.
201. Shepperd J, Maroto J, Pbert L. Dispositional Optimism as a Predictor of Health Changes among Cardiac Patients. *Preventive and Behavioral Medicine Publications and Presentations.* 1996.
202. King KB, Rowe MA, Kimble LP, Zerwic JJ. Optimism, coping and long-term recovery from coronary artery surgery in women. *Res Nurs Health.* 1998;21:15–26.
203. Kim ES, Park N, Peterson C. Dispositional optimism protects older adults from stroke: the Health and Retirement Study. *Stroke.* 2011;42:2855–9.
204. Matthews KA, Räikkönen K, Sutton-Tyrrell K, Kuller LH. Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosom Med.* 2004;66:640–4.
205. Tindle H, Belnap BH, Houck PR, Mazumdar S, Scheier MF, Matthews KA, et al.



Optimism, response to treatment of depression, and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosom Med.* 2012;74:200–7.

206. Morales García I, Arenas Jiménez MD, Reig-Ferrer A, Alvarez F, Malek T, Moledous A, et al. Dispositional optimism in patients on chronic haemodialysis and its possible influence on their clinical course. *Nefrologia.* 2011;31:199–205.
207. Librán EC. Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema.* 2002;14:544–50.
208. David D, Montgomery GH, Bovbjerg DH. Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Pers Individ Dif.* 2006;40:203–13.
209. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol.* 1994;67:1063–78.
210. Goldman SL, Kraemer DT, Salovey P. Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *J Psychosom Res.* 1996;41:115–28.
211. Schmidt JE, Andrykowski MA. The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an internet-based study. *Health Psychol.* 2004;23:259–66.
212. Carranque-Chaves GA, Fernández-Berrocal P, Baena-Capilla E, Bazán-Valadez B, Cardenas-Ramos B, Herraiz-Salamanca R, et al. Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *RevEspAnestesiolReanim.* 2004;51:75–9.
213. Eack SM, Hogarty GE, Greenwald DP, Hogarty SS, Keshavan MS. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: preliminary effects. *Schizophr Res.* 2007;89:308–11.
214. Nelis D, Quidbach J, Mikolajczak M, Hansenne M. Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Pers Individ Dif.* 2009;47:36–41.
215. Salovey P, Mayer J, Goldman S, Turvey C, Palfai T. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, disclosure, and health.* 1995. p. 125–54.
216. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the



- Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep.* 2004;94:751–5.
217. Zeidner M, Hammer A. Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Pers Individ Dif.* 1990;11:693–703.
218. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:681–9.
219. Votta E, Farrell S. Predictors of psychological adjustment among homeless and housed female youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;18:126–32.
220. Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B. Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology.* 2010;35:653–62.
221. Jones M, Wessinger S, Crowell M. Coping Strategies and Interpersonal Support in Patients With Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4:474–81.
222. Dorrian A, Dempster M, Adair P. Adjustment to inflammatory bowel disease: the relative influence of illness perceptions and coping. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15:47–55.
223. Iglesias-Rey M, Barreiro-de Acosta M, Caamaño-Isorna F, Rodríguez IV, González AL, Lindkvist B, et al. How do psychological variables influence coping strategies in inflammatory bowel disease? *J Crohns Colitis.* 2013;7:219–26.
224. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56:267–83.
225. Crespo M, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta.* 1997;23:797–830.
226. Wong S, Walker JR, Carr R, Graff LA, Clara I, Promislow S, et al. The information needs and preferences of persons with longstanding inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol.* 2012;26:525–31.

227. Schwarz SP, Blanchard EB. Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther.* 1991;29:167–77.
228. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, Wilson IG, Andrews JM, Holtmann GJ. “It doesn’t do any harm, but patients feel better”: a qualitative exploratory study on gastroenterologists’ perspectives on the role of antidepressants in inflammatory bowel disease. *BMC Gastroenterol.* 2007;24:7:38.
229. Mikocka-Walus AA, Gordon AL, Stewart BJ, Andrews JM. The role of antidepressants in the management of inflammatory bowel disease (IBD): a short report on a clinical case-note audit. *J Psychosom Res.* 2012;72:165–7.
230. Mikocka-Walus AA, Gordon AL, Stewart BJ, Andrews JM. A magic pill? A qualitative analysis of patients’ views on the role of antidepressant therapy in inflammatory bowel disease (IBD). *BMC Gastroenterol.* 2012;20:12:93.
231. Lyne K, Roger D. A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Pers Individ Dif.* 2000;29:321–35.
232. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24:67–74.
233. Casellas F, López-Vivancos J, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2001;13:567–72.
234. Loftus E V, Schoenfeld P, Sandborn WJ. The epidemiology and natural history of Crohn’s disease in population-based patient cohorts from North America: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002;16:51–60.
235. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology.* 2011;140:1785–94.
236. Loftus E V, Silverstein MD, Sandborn WJ, Tremaine WJ, Harmsen WS, Zinsmeister AR. Ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-1993: incidence, prevalence, and survival. *Gut.* 2000;46(3):336–43.
237. Louis E, Collard A, Oger AF, Degroote E, Aboul Nasr El Yafi FA, Belaiche J. Behaviour of Crohn’s disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease. *Gut.* 2001;49:777–82.

238. Schölmerich J. Review article: should we treat symptoms or lesions in Crohn's disease? The case for treating symptoms. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24 Suppl 3:33–6.
239. Casellas F, López-Vivancos J, Casado A, Malagelada J-R. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Qual Life Res.* 2002;11:775–81.
240. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Lepège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998;51:913–23.
241. Sainsbury A, Heatley R V. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21:499–508.
242. Haapamäki J, Roine RP, Sintonen H, Turunen U, Färkkilä MA, Arkkila PET. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease measured with the generic 15D instrument. *Qual Life Res.* 2010;19:919–28.
243. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Andrews JM, Moulding NT, Wilson IG, Harley HA, et al. Psychological problems in gastroenterology outpatients: A South Australian experience. Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2008;23:4-15.
244. Farmer RG, Easley KA, Farmer JM. Quality of life assessment by patients with inflammatory bowel disease. *Cleve Clin J Med.* 1992;59:35–42.
245. Keefer L, Kiebles JL, Martinovich Z, Cohen E, Van Denburg A, Barrett TA. Behavioral interventions may prolong remission in patients with inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther.* 2011;49:145–50.
246. Albersnagel F, Dijkstra G. Inflammatory Bowel Disease. Medical and psychological aspects. *Psychol Gezondh.* 2007;35:85–96.
247. Nordin K, Pahlman L, Larsson K, Sundberg-Hjelm M, Löf L. Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol.* 2002;37:450–7.
248. Porcelli P, Leoci C, Guerra V. A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel

- disease. *Scand J Gastroenterol.* 1996;31:792–6.
249. Trachter AB, Rogers AI, Leiblum SR. Inflammatory bowel disease in women: impact on relationship and sexual health. *Inflamm Bowel Dis.* 2002;8:413–21.
250. Simrén M, Axelsson J, Gillberg R, Abrahamsson H, Svedlund J, Björnsson ES. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:389–96.
251. Porcelli P, Zaka S, Centonze S, Sisto G. Psychological distress and levels of disease activity in inflammatory bowel disease. *Ital J Gastroenterol.* 1994;26:111–5.
252. Iglesias M, Barreiro de Acosta M, Vázquez I, Figueiras A, Nieto L, Lorenzo A, et al. Psychological impact of Crohn's disease on patients in remission: anxiety and depression risks. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101:249–57.
253. Nahon S, Lahmek P, Durance C, Olympie A, Lesgourgues B, Colombel JF, et al. Risk factors of anxiety and depression in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2012;18:2086–91.
254. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15:1105–18.
255. Minderhoud IM, Oldenburg B, Wismeijer JA, van Berge Henegouwen GP, Smout AJPM. IBS-like symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission; relationships with quality of life and coping behavior. *Dig Dis Sci.* 2004;49:469–74.
256. Isgar B, Harman M, Kaye MD, Whorwell PJ. Symptoms of irritable bowel syndrome in ulcerative colitis in remission. *Gut.* 1983;24:190–2.
257. Lizeretti NP, Extremera N. Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatr Q.* 2011;82:253–60.
258. Kreis S, Molto A, Bailly F, Dadoun S, Fabre S, Rein C, et al. Relationship between optimism and quality of life in patients with two chronic rheumatic diseases: axial spondyloarthritis and chronic low back pain: a cross sectional study of 288 patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13(1):78.

259. Creed PA, Patton W, Bartrum D. Multidimensional Properties of the Lot-R: Effects of Optimism and Pessimism on Career and Well-Being Related Variables in Adolescents. *J Career Assess.* 2002;10:42–61.
260. Kepka S, Baumann C, Anota A, Buron G, Spitz E, Auquier P, et al. The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: data from the SATISQOL study. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;5:11-134.
261. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:879–89.
262. Sweeny K, Carroll PJ, Shepperd JA. Is Optimism Always Best?: Future Outlooks and Preparedness. *Curr Dir Psychol Sci.* 2006;15:302–6.
263. Segerstrom SC. Optimism and Resources: Effects on Each Other and on Health over 10 Years. *J Res Pers.* 2007;41:772-786.
264. Kralik D, van Loon A, Visentin K. Resilience in the Chronic Illness Experience. *Educ Action Res.* 2006;14:187-201.
265. Horner KL. Individuality in vulnerability: influences on physical health. *J Health Psychol.* 1998;3:71–85.
266. Moradkhani A, Kerwin L, Dudley-Brown S, Tabibian JH. Disease-specific knowledge, coping, and adherence in patients with inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.* 2011;56:2972–7.
267. Graff LA, Walker JR, Clara I, Lix L, Miller N, Rogala L, et al. Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:2959–69.
268. Larsson K, Löf L, Rönnblom A, Nordin K. Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. *J Psychosom Res.* 2008;64:139–48.
269. Voth J, Sirois FM. The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabil Psychol.* 2009;54:99–108.
270. Knowles SR, Wilson JL, Connell WR, Kamm MA. Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model

of illness. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:2551–7.

271. Moskovitz DN, Maunder RG, Cohen Z, McLeod RS, MacRae H. Coping behavior and social support contribute independently to quality of life after surgery for inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum.* 2000;43:517–21.
272. Smolen DM, Topp R. Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being. *Gastroenterol Nurs.* 1998;21:112–8.
273. Fernández Berrocal P, Ramos Díaz N, Orozco Sáenz F. Inteligencia emocional y estado depresivo durante el embarazo. *Tocoginecol Pract.* 2000;59:1–5.
274. Fernandez-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Extremera N, Ramos N. Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *Revue Internationale Psychologie Sociale,* 2005;18:91-107.
275. Borges NJ, Stratton TD, Wagner PJ, Elam CL. Emotional intelligence and medical specialty choice: findings from three empirical studies. *Med Educ.* 2009;43:565–72.
276. Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Pers Individ Dif.* 2005;38:547–58.

ANEXOS

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PROYECTO: FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio "Factores psicológicos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal" en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Tanto la Enfermedad de Crohn como la Colitis Ulcerosa por su naturaleza crónica, pueden asociarse a una mayor afectación psicológica y de la calidad de vida. Se pretende examinar distintas variables psicológicas y su influencia en la calidad de vida del paciente y en el comportamiento de la enfermedad.

Para ello únicamente es necesario rellenar los cuestionarios psicológicos que se le van a administrar una vez haya otorgado su consentimiento. Requerirán aproximadamente 30 minutos. Una vez respondidos los cuestionarios, su participación en el proyecto habrá concluido y no supondrá la realización de ningún procedimiento ni ninguna visita adicional.

Su participación en el proyecto no implicará riesgo alguno a su salud. Su decisión acerca de participar o no en el proyecto no afectará a la atención que le proporcionen sus médicos. El equipo investigador está formado por Guillermo Alcaín Martínez, Marta Lozano Lanagrán (facultativos Especialistas de Aparato Digestivo), Laura Camacho Martel (psicóloga de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal) y Natalia Ruiz Santana (enfermera de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria).

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en

la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su médico del estudio/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Es posible que los resultados de las investigaciones sean publicados en la literatura científica, pero siempre en forma de resultados globales de todos los participantes, nunca resultados individuales.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

No recibirá ningún tipo de compensación económica o de cualquier otro tipo por su participación. Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Cualquier nueva información referente al estudio y que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada por su médico lo antes posible.

Puede negarse a participar o retirar su consentimiento en cualquier momento después de firmarlo, si así lo desea puede exigir la destrucción de sus cuestionarios sin que esto afecte en modo alguno a su asistencia médica presente o futura.

Puede contactar con cualquier miembro del equipo investigador si le surge cualquier duda sobre su participación en este proyecto.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE
PROYECTO: FACTORES PSICOLOGICOS ASOCIADOS A LA
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Yo (nombre y apellidos),

- ✓ He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Hoja de información al paciente) (por favor, guárdese una copia)
 - ✓ He podido hacer preguntas sobre el estudio
 - ✓ He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con el profesional sanitario informador: (nombre del investigador):
-

- ✓ Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
 - ✓ Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforma establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. Teniendo acceso a mis datos clínicos los miembros del equipo de investigación, así como cualquier persona autorizada por el promotor en caso de inspección o auditoría.
 - ✓ Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
 - ✓ Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - en cualquier momento
 - sin dar explicaciones
- sin afectar a su futura atención médica

Así pues, presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Firma del paciente:

Fecha paciente:

Nombre y apellidos (mayúsculas, letra clara):

Firma del investigador:

Fecha investigador:

Nombre y Apellidos (mayúsculas, letra clara):

ANEXO II

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA.

UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

HOJA RECOGIDA DE DATOS ESTUDIO: FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA EIIC

- NÚMERO PACIENTE:
- SUBTIPO ENFERMEDAD: EC CU

DATOS DEMOGRÁFICOS

- SEXO: -FECHA NACIMIENTO:
- ESTADO CIVIL: 1) Soltero/Viudo/ Divorciado/ Separado
2) Casado/Pareja
- NIVEL ESTUDIOS:
1) Sin estudios 2) Primaria 3) Secundaria 4) Universitarios
- ACTIVIDAD LABORAL:
1) Empleado 2) Desempleado 3) Estudiante 4) Ama casa 5) Jubilado
6) Jubilado por la EIIC
- FUMADOR: SI NO Ex fumador
- HISTORIA FAMILIAR EIIC: NO SI
- HISTORIA PERSONAL PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA: NO SI
- TIPO PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA:
- TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO: NO SI Cuál:

DATOS FENOTÍPICOS

- DURACION DE LA ENFERMEDAD: EDAD AL DIAGNÓSTICO:
TIEMPO EVOLUCIÓN:
- CLASIFICACIÓN MONTREAL:
EC: A... L... B... CU: Extensa Izquierda Proctitis
- MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES: NO SI
Tipo de manifestación extraintestinal:
1) Articular 2) Ocular 3) Cutánea 4) Hepatobiliar 5) Trombótico 6) Varias

➤ TRATAMIENTO ACTUAL (1 mes):

- 1) Ninguno 2) 5-ASA 3) Inmunomodulador 4) Biológico
5) Leucocitoaféresis 6) Corticoides

ADHESIÓN CORTICOIDES A TRATAMIENTO HABITUAL: NO SI

➤ CORTICODEPENDENCIA: NO SI

➤ CORTICORREFRACTARIEDAD: NO SI

➤ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Test Morisky-Green-Levine:

- ¿Olvida alguna vez tomar la medicación? NO SI

- ¿Toma la medicación a las horas indicadas? SI NO

- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? NO SI

- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación? NO SI

NO/SI/NO/NO BUEN CUMPLIDOR

➤ NÚMERO RECAÍDAS EN ÚLTIMO AÑO (Corticoides): NO SI

➤ INGRESO HOSPITALARIO POR BROTE (Último año): NOSI

➤ VISITAS PROGRAMADAS A CONSULTA EIIC (Media anual):

➤ VISITAS URGENTES (Último año por EIIC):

➤ CIRUGIA PREVIA:

- 1) Ninguna 2) Perianal 3) Resección 4) Derivativa 5) Colectomía 6) Varias

➤ INDICE HARVEY BRADSHAW (EC) WALMSLEY(CU)

➤ PARÁMETROS SANGRE: Hb... g/dl Plaquetas... Leucocitos...
PCR.....mg/l

ESCALAS PSICOLÓGICAS (ADJUNTAR)

➤ ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL HOSPITAL (HADS)

➤ CUESTIONARIO CALIDAD VIDA EII (IBDQ-9)

➤ ESCALA DE RESILIENCIA WAGNILD Y YOUNG

➤ ESCALA INTELIGENCIA EMOCIONAL (TMMS24)

➤ ESCALA OPTIMISMO (LOT-R)

➤ ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DE ESTILOS GENERALES DE AFRONTAMIENTO (COPE)

ANEXO III

Índice de Walmesley (Simple Activity Index)

Variable	Puntuación	
Número de deposiciones diurnas	1 - 3	0
	4 - 6	1
	7 - 9	2
	> 9	3
Número de deposiciones nocturnas	1 - 3	1
	4 - 6	2
Urgencia defecatoria	No	0
	Inmediatez	1
	Incontinencia	2
Sangre en las heces	No	0
	Ocasional	1
	Franca	2
Estado general	Bueno	0
	Regular	1
	Malo	2
	Muy malo	3
	Terrible	4
Complicaciones extraintestinales	Cada manifestación	1

Remisión <2 puntos

Índice de Harvey Bradshaw

Variable nº	Puntuación
1. Estado General	
Muy Bueno	0
Regular	1
Malo	2
Muy malo	3
Malísimo	4
2. Dolor abdominal	
No	0
Ligero	1
Moderado	2
Intenso	3
3. Número de deposiciones líquidas diarias (n puntos)	
4. Masa abdominal	
No	0
Dudosa	1
Definida	2
Definida y dolorosa	3
4. Complicaciones	
Artralgia	1
Uveítis	1
Eritema nodoso	1
Aftas	1
Pioderma gangrenoso	1
Fístula anal	1
Otras fístulas	1
Abscesos	1

Puntuación: < 6 leve, 6 - 12 moderada. > 12 grave.

ANEXO IV

IBDQ-9

1.- ¿Con qué frecuencia ha ido de vientre durante las últimas semanas?

- Más frecuentemente que nunca
- Extremadamente frecuente
- Con mucha frecuencia
- Moderado aumento de la frecuencia de la defecación
- Ligero aumento de la frecuencia de la defecación
- Aumento mínimo de la frecuencia de la defecación
- Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de la defecación

2.- ¿Con que frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

3.- ¿Cuánta energía ha tenido las últimas dos semanas?

- Ninguna energía
- Muy poca energía
- Poca energía
- Cierta energía
- Bastante energía
- Mucha energía
- Rebosante de energía

4.- ¿Con que frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

5.- ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

6.- ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

7.- En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?

- Un gran problema
- Un problema importante
- Bastante problemático
- Algo problemático
- Muy poco problemático
- Casi ningún problema
- Ningún problema

8.- ¿Durante cuánto tiempo en las últimas semanas has tenido náuseas o molestias abdominales?

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

9.- ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?

- Muy insatisfecho, infeliz
- Bastante insatisfecho, infeliz
- Algo insatisfecho, descontento
- Algo satisfecho, contento
- Bastante satisfecho, contento
- Muy satisfecho, feliz
- Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz

ANEXO V

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN HOSPITAL

1. Me siento "tenso" o nervioso:

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba:

- Como siempre
- No lo bastante
- Solo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a pasar:

- Definitivamente, y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- Al igual que lo hice siempre
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones:

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Solo en ocasiones

6. Me siento alegre:

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado:

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento:

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estomago:

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal:

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme:

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro:

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltaron sentimientos repentinos de pánico:

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión:

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

ANEXO VI

ESCALA DE RESILIENCIA DE AGNILD Y YOUNG (Versión traducida final)

ITEMES	En desacuerdo				De acuerdo		
1.- Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2.- Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
4.- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8.- Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9.- Siento que puedo manejar vanas cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10.- Soy decidida.	1	2	3	4	5	6	7
11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12.- Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7
13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
14.- Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15.- Me mantengo interesado en los cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16.- Por lo general, encuentro algo de qué reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17.- El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20.- Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21.- Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22.- No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO VII

TEST LOT-R

A continuación aparece una lista de afirmaciones que pueden describir nuestro modo de ser y pensar. Por favor, indique si lo que se afirma puede aplicarse a usted. Si cree que EN ABSOLUTO DESCRIBE SU MODO DE SER O DE PENSAR ponga una 'X' en la columna del '1'. Si opina que DESCRIBE COMPLETAMENTE SU MODO DE SER O DE PENSAR, ponga una 'X' en la columna del '5'. Puede usar cualquier valor entre 1 y 5.

	1	2	3	4	5
1. En tiempos difíciles suelo esperar lo mejor	1	2	3	4	5
2. Me resulta difícil relajarme	1	2	3	4	5
3. Si algo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	1	2	3	4	5
4. Siempre soy optimista respecto al futuro	1	2	3	4	5
5. Disfruto un montón de mis amistades	1	2	3	4	5
6. Para mí es importante estar siempre ocupado	1	2	3	4	5
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	1	2	3	4	5
8. No me disgusto fácilmente	1	2	3	4	5
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	1	2	3	4	5
10. En general espero que me ocurran más cosas buenas que malas	1	2	3	4	5

ANEXO VIII

TMMS-24.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

ANEXO IX

CUESTIONARIO COPE

	(1) EN ABSOLUTO	(2) UN POCO	(3) BASTANTE	(4) MUCHO				
1-	Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2-	Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3-	Me altero y dejo que mis emociones afloren				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4-	Intento conseguir consejo de alguien sobre que hacer				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5-	Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6-	Me digo a mí mismo "esto no es real"				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7-	Confío en Dios				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8-	Me río de la situación				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9-	Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10-	Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11-	Hablo de mis sentimientos con alguien				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12-	Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13-	Me acostumbro a la idea de lo que paso				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14-	Hablo con alguien para saber mas de mi situación				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15-	Evito distraerme con otros pensamientos o actividades				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16-	Sueño despierto con cosas diferentes a esto				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17-	Me altero y soy realmente consciente de ello.....				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18-	Busco la ayuda de Dios				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19-	Elaboro un plan de acción				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20-	Hago bromas sobre ello				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21-	Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22-	Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23-	Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24-	Simplemente dejo intentar alcanzar mi objetivo				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25-	Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26-	Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumo drogas				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27-	Me niego a creer que ha sucedido				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28-	Dejo aflorar mis sentimientos				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29-	Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer mas positivo				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30-	Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31-	Duermo más de lo habitual				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4