

# Relación entre los acontecimientos estresantes y el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal según la percepción subjetiva del paciente

E. Gómez-Gil<sup>a</sup>, A. Vidal, J. Panés<sup>b</sup>, J. Jaén<sup>a</sup>, J.M. Peri<sup>a</sup>, E. Fernández-Egea<sup>a</sup> y J.M. Piqué<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. <sup>b</sup>Institut de Malalties Digestives. Hospital Clínic. Barcelona. España.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Diversos estudios que han evaluado la existencia de una relación entre los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) han encontrado resultados contradictorios. El objetivo de este estudio es evaluar la percepción subjetiva de esta asociación en pacientes que padecen una EII.

**SUJETOS Y MÉTODO:** Un total de 70 pacientes consecutivos que padecían una EII (40 enfermedad de Crohn, 30 colitis ulcerosa) fueron evaluados con un cuestionario autoadministrado, en el que se preguntaba sobre los datos demográficos, los aspectos clínicos, la percepción subjetiva de la influencia de los AVE en el curso de su enfermedad, los aspectos psiquiátricos, y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Los resultados de esta escala se compararon con los de un grupo de 25 familiares.

**RESULTADOS:** Un total de 42 pacientes (60%) percibían que en su caso había una influencia entre los AVE con el inicio de su enfermedad, 49 (70%) con el incremento de la gravedad de los síntomas, y 51 (72,9%) con la aparición de brotes de actividad; 16 pacientes (22,9%) habían precisado atención psiquiátrica coincidiendo con periodos de reactivación de la enfermedad, y 25 (42,4%) puntuaron 11 o más en alguna de las dos subescalas de ansiedad o depresión, lo cual indica un probable trastorno ansioso-depresivo.

**CONCLUSIONES:** Un elevado porcentaje de pacientes con EII tiene una percepción subjetiva de que existe un relación entre los AVE padecidos y la actividad de su enfermedad. La prevalencia de sintomatología ansiosa o depresiva en estos pacientes es elevada. Si esta observación se confirma, sería importante tener en cuenta la intervención psicológica-psiquiátrica en estos pacientes.

## RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT'S SUBJECTIVE STRESS PERCEPTION AND THE COURSE OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

**INTRODUCTION:** Studies examining the relationship between stress secondary to adverse life events (ALE) and inflammatory bowel disease (IBD) have produced controversial data. The aim of this study was to explore the subjective perception of this relationship in IBD patients.

**PATIENTS AND METHOD:** Seventy consecutive patients suffering from IBD (40 Crohn's disease, 30 ulcerative colitis) were assessed using a self-rating questionnaire related to demographic variables, clinical characteristics, subjective perception of the influence of ALE on the course of IBD, psychiatric background, and the HAD scale. The results of this scale were compared with a group of 25 relatives.

**RESULTS:** Forty-two patients (60%) perceived that there was relationship between ALE and the onset of their disease, forty-nine (70%) between ALE and the increasing IBD symptoms severity, and fifty-one patients (72.9%) with disease activity. Sixteen of the patients (22.9%) had been visited by a psychiatrist during relapses of IBD. Twenty-five patients (42.4%) reached a score of 11 or higher on the depression or anxiety subscales of the HAD, indicating a probable psychological disorder.

**CONCLUSIONS:** IBD patients perceive a strong relationship between ALE and the course of IBD. We have found a high prevalence of anxiety and depression symptoms in these patients. If this observation is confirmed with objective measurements, it will be important to consider psychiatric intervention for these patients.

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes que padecen una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (enfermedad de Crohn [EC] y colitis ulcerosa [CU]) han sido objeto de numerosos estudios para evaluar la influencia de los factores emocionales y/o acontecimientos vitales estresantes (AVE) en la patogenia, la expresión clínica y la evolución de estas enfermedades<sup>1-10</sup>. Paralelamente, también se ha evaluado la prevalencia de depresión o ansiedad asociada en comparación

Correspondencia: Dra. E. Gómez Gil.  
Institut Clínic de Psiquiatria y Psicología. Unidad de Psiquiatria de Enlace.  
Hospital Clínic.  
Villarroel, 170. 08036. Barcelona. España.  
Correo electrónico: esgomez@clinic.ub.es

Recibido el 7-3-2003; aceptado para su publicación el 8-5-2003.

**TABLA I. Resultados de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)**

	Pacientes (n = 59)		Familiares (n = 25)	
Subescala de ansiedad				
Puntuación ≥ 11	22	37,3%	6	24%
Puntuación ≥ 8	34	57,6%	14	56%
Subescala de depresión				
Puntuación ≥ 11	6	10,1%	1	4%
Puntuación ≥ 8	14	23,7%	5	20%
Subescala de ansiedad o depresión				
Puntuación ≥ 11	25	42,4%	7	28%
Puntuación ≥ 8	34	57,6%	16	64%
Puntuaciones medias ± desviación estándar (DE)				
Subescala de ansiedad	9,25	De = 4,49	8,64	De = 2,83
Subescala de depresión	4,44	De = 3,95	4,48	De = 3,42

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del HAD entre pacientes y controles mediante pruebas estadísticas de comparación de proporciones, ni al comparar las medias mediante la prueba de la t de Student.

con la de otras enfermedades crónicas<sup>11</sup>. Los resultados de estos estudios son contradictorios, y la mayoría han sido criticados por presentar errores metodológicos, como la ausencia de un grupo control, el uso de instrumentos no estandarizados o criterios diagnósticos no especificados o ausentes<sup>12</sup>.

La percepción subjetiva que los pacientes tienen sobre la relación entre los AVE y el desarrollo de la enfermedad ha sido escasamente tenida en cuenta. Diversos estudios han evaluado la percepción subjetiva de los pacientes sobre otros aspectos. El estudio descriptivo de Daniel evalúa la percepción de cinco adultos jóvenes afectados de EII sobre las consecuencias personales, interpersonales y sociales de su enfermedad, apoyado en la premisa de que el conocimiento de la perspectiva del paciente es crítica en el curso evolutivo y para favorecer la consecución de las metas<sup>13</sup>. El estudio de Kennedy et al explora la percepción de 99 pacientes sobre los aspectos de su participación en un ensayo controlado sobre la eficacia de la mesalazina en la enfermedad de Crohn<sup>14</sup>. Kennedy y Rogers también evalúan el punto de vista del paciente con el objetivo de elaborar una guía de recomendaciones para el manejo de la colitis ulcerosa<sup>15</sup>. El estudio de Sewitch et al evalúa la discordancia existente entre pacientes y médicos con respecto a correlatos psicosociales, como el grado de actividad de la enfermedad o las limitaciones físicas consecuentes<sup>16</sup>. Aunque aparentemente el estudio de las impresiones subjetivas referidas por el paciente pueden parecer de escaso interés científico, dado que en la bibliografía persisten las contradicciones con respecto a la influencia de los factores emocionales y de estrés en la evolución de la enfermedad, la percepción mayoritaria de estos pacientes se podría considerar de interés como estudio previo ante la toma de decisión de proseguir investigando mediante otros ensayos prospectivos en esta línea.

El objetivo principal de este estudio piloto es evaluar, en pacientes que padecen una enfermedad de Crohn o una colitis ulcerosa, la percepción subjetiva de la existencia de una asociación entre los AVE padecidos y su influencia en el curso de su enfermedad. Paralelamente, el objetivo se-

cundario es evaluar las repercusiones emocionales, psicosociales y de adaptación que estos pacientes presentan.

## SUJETOS Y MÉTODO

### Sujetos

La muestra está compuesta por 70 pacientes diagnosticados de una EII. De éstos, 40 (57,1%) habían sido diagnosticados de enfermedad de Crohn y 30 (42,8%) de colitis ulcerosa. Fueron seleccionados 45 pacientes de forma consecutiva en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico de Barcelona, y el resto, de la asociación de enfermos afectados de EII de Barcelona. Un grupo de 25 familiares fueron también evaluados.

### Método

Los pacientes fueron invitados a contestar un cuestionario autoadministrado elaborado por los autores, así como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)<sup>17</sup> cuando acudían a la consulta de su gastroenterólogo como visita de control en el hospital, y al otro grupo extrahospitalario cuando asistía a una conferencia dirigida a estos pacientes, previo al desarrollo de ésta. En el cuestionario elaborado por el equipo de investigadores se preguntaba acerca de los datos demográficos, los aspectos clínicos de su enfermedad, la percepción subjetiva de la influencia de los AVE en el inicio y la actividad de su EII y los aspectos psiquiátricos. Las preguntas más relevantes con respecto a la percepción subjetiva de los pacientes se exponen en el anexo I. El cuestionario con datos sociodemográficos, las tres preguntas sobre los antecedentes psiquiátricos y el estado de ánimo actual (tabla I), así como la escala HAD también fueron administrados al grupo de familiares.

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales SPSS (The Statistical Package for Social Sciences, Versión 10.0). Para la comparación de las variables cuantitativas entre los grupos se utilizó la prueba de la t de Student, y para las variables cualitativas la prueba de la  $\chi^2$ . Se utilizaron pruebas de regresión para determinar la relación entre las variables cuantitativas. Se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

Todos los pacientes, menos dos a los que se les solicitó colaboración, accedieron a participar en el estudio. En las tablas II y III se presentan las características sociodemográficas y clínicas de la muestra estudiada y de los familiares. Ambos grupos resultaron similares en edad y sexo. Hubo diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en las variables relacionadas con la convivencia (menor porcentaje de pacientes en pareja) y con la actividad laboral (menor porcentaje de pacientes activos).

### Influencia de los acontecimientos vitales estresantes en el curso de la enfermedad (tabla IV)

Según los pacientes, el inicio de su enfermedad coincidió con problemas menores en 32 pacientes (45,7%), y con problemas graves en 14 (20,7%). Los brotes coincidieron con problemas menores en 31 (44,3%) y mayores en 9

TABLA II. Características sociodemográficas de la muestra

	Pacientes (n = 70)		Familiares (n = 25)	
Edad:	39,5 años (DE = 15,9)		40,92 años (DE = 11,68)	
Sexo (mujer)	48	68,6%	16	64%
Convivencia	(*p = 0,047)			
Con pareja y/o hijos	24	48,6%	20	80%
Con padres	19	27,1%	3	12%
Solo	13	18,6%	2	8%
Con amistades	4	5,7%	0	0
Estudios				
Primarios	11	15,7%	6	24%
EGB	10	14,3%	4	16%
Secundarios	23	32,9%	9	36%
Universitarios	26	37,1%	6	24%
Actividad laboral	(*p = 0,023)			
Activo	36	51,4%	18	81,8%
Baja temporal	13	18,6%	3	13,6%
Incapacidad permanente	10	14,3%	1	4%
Paro	2	2,9%		
Estudiante	9	12,9%		

\*Significación estadística (p < 0,05) mediante la prueba de la  $\chi^2$  entre pacientes y controles.

TABLA III. Características clínicas de la muestra

	N.º de pacientes	%
Diagnóstico efectuado		
Enfermedad de Crohn	n = 40	57,1
Colitis ulcerosa	n = 30	42,8
Edad de inicio de los síntomas	28,9 años (rango, 4-69)	DE = 16,01
Edad del diagnóstico	32,42 años (rango, 5-70)	DE = 5,68
En fase activa	26	37,7
Número de brotes		
Seis o más	24	34,2
De dos a cinco	21	30
Uno sólo	9	12,8
Actividad crónica	16	22,8
Manifestaciones clínicas		
Rectorragia	38	54,3
Fístulas	20	28,6
Abscesos	15	21,4
Estenosis intestinales	12	17,1
Megacolon	4	5,7
Artritis	4	5,7
Número de intervenciones quirúrgicas precisadas		
Ninguna	45	64,2
Una	12	17,1
Más de una	13	18,5
Ostomía		
No	59	85,7
Ileostomía	7	10
Colostomía	3	4,2
Lleva ostomía en el momento de la entrevista		
Sí	8	11,4

(12,9%). La percepción de los pacientes fue que los factores emocionales negativos influyeron como desencadenantes de actividad de su EII en 51 (72,9%), con el aumento de los síntomas en 49 (70%) y con la aparición de la enfermedad en 42 (60%).

### Repercusiones emocionales y sociales de la enfermedad (tabla IV)

El 40% de los pacientes referían que la enfermedad está influyendo «bastante o mucho» en el trabajo, en la auto-

TABLA IV. Percepciones subjetivas de los pacientes sobre las influencias emocionales o de estrés en la enfermedad

Preguntas realizadas	N.º de pacientes	%
¿El inicio de la enfermedad coincidió con acontecimientos negativos?		
Sí, con problemas menores	32	45,7
Sí, con problemas graves	14	20,7
No	24	34,2
¿Los brotes siguientes los ha relacionado con acontecimientos negativos?		
Sí, con problemas menores	31	44,3
Sí, con problemas mayores	9	12,9
No	30	42,6
Los factores emocionales negativos en su caso personal cree que han influido...		
¿Como desencadenantes de brotes?	51	72,9
¿En el aumento de los síntomas?	49	70
¿En la aparición de la enfermedad?	42	60
¿En qué grado está influyendo su enfermedad? (Respuesta: bastante o mucho)		
En el trabajo	28	40
En la autoestima	24	34,3
En las relaciones de pareja	21	30
En las relaciones con amistades	15	21,4
¿Qué es lo que más le preocupa con respecto a su enfermedad? Señalar tres		
Las posibles complicaciones a largo plazo	58	82,8
Los problemas actuales de diarreas y dolores	37	52,9
El miedo a tener que llevar bolsa	37	52,9
El miedo a las intervenciones quirúrgicas	30	42,6
La delgadez y falta de energía	21	30
¿Está en la actualidad deprimido?		
Sí, ligeramente	24	34,3
Sí, bastante o muy deprimido	12	17,1
No	34	48,6
¿Se ha visitado alguna vez por algún psiquiatra o psicólogo?*		
Sí, por problemas secundarios a la enfermedad	16	22,9
Sí, por problemas emocionales no relacionados	10	14,2
No	44	62,9
¿Ha recibido tratamiento alguna vez para la depresión?*		
Sí, ahora lo estoy recibiendo	15	21,4
Sí, hace tiempo	9	12,9
No	46	65,7
¿Cree que usted necesita atención psiquiátrica o psicológica en el momento actual?*		
Sí	24	34,3
¿Cómo cree que está afrontando la enfermedad?		
Bastante bien	47	67,1
Regular	20	28,6
Bastante mal	3	4,3
¿Disfruta de la vida?		
Habitualmente no	55	78,6
Habitualmente sí	15	21,4

\*Estas preguntas fueron también realizadas al grupo de familiares (datos no expuestos), no encontrándose diferencias significativas (p > 0,05) mediante la prueba estadística de comparación de dos proporciones.

estima en el 34,3%, en las relaciones de pareja en el 30% y en las amistades en el 21,4%. Las tres preocupaciones mayores fueron las complicaciones a largo plazo (82,8%), los problemas actuales de diarrea y dolor (52,9%), y el miedo a tener que llevar una ostomía en el futuro (52,9%); 24 pacientes (34,3%) consideraban que estaban ligeramente deprimidos, y 12 (17,1%) bastante deprimidos; 16 pacientes (22,9%) habían sido atendidos alguna vez por psiquiatras o psicólogos por problemas emocionales relacionados con la enfermedad, y 10 (14,2%) por problemas no relacionados con ella. Estaban recibiendo tratamiento farmacológico para la depresión 15 pacientes (21,4%), y 9 (12,9%) lo habían recibido con anterioridad.

Creían precisar atención psiquiátrica 29 pacientes (34,3%). Consideraban que afrontan su enfermedad bastante bien 47 pacientes (67,1%), regular 20 (28,6%) y bastante mal 3 (4,3%). Un total de 55 pacientes (78,6%) refirieron que habitualmente no disfrutaban de la vida. No se encontraron diferencias significativas con el grupo de los familiares con respecto a la prevalencia de visitas previas psiquiátricas o psicológicas, a los antecedentes de tratamiento psicótropo y a la percepción de necesitar tratamiento psiquiátrico.

### Puntuaciones de la Escala HAD (tabla I)

Veinticinco pacientes (42,4%) puntuaron 11 o más en alguna de las dos subescalas de ansiedad o depresión, lo cual indica un probable trastorno ansioso-depresivo (tabla I). De éstos, 22 (37,3%) lo puntuaban en la subescala de ansiedad, y sólo 6 en la de depresión (10,1%). No se encontraron diferencias significativas en la media de la puntuación de ambas subescalas, entre los pacientes afectados de EII y los controles, ni entre pacientes afectados de enfermedad de Crohn comparados con los afectados de colitis ulcerosa ( $p > 0,05$ ). La percepción subjetiva del paciente de encontrarse deprimido (autoevaluado en una escala de 1 a 4) se correlacionó significativamente con la puntuación de la subescala de depresión HAD ( $r = 0,72$ ;  $p < 0,001$ ).

### DISCUSIÓN

El resultado principal de este estudio es que más de la mitad de los pacientes afectados de EII, en función de su experiencia, tienen la impresión de que los AVE (problemas, estrés, estado de ánimo decaído) han influido en el la aparición de las recurrencias de la EII, en la exacerbación de los síntomas y, en menor medida, en el inicio de la enfermedad. Paralelamente, el doble de pacientes refiere que el inicio o la aparición de recurrencias coincidió con problemas menores frente a los que lo asocian con problemas mayores. La impresión del paciente con respecto a los factores que influyen en su enfermedad es un dato que habitualmente no se tiene en cuenta. Es evidente que son numerosas las limitaciones de este tipo de evaluaciones. Por una parte, el hecho de que exista una asociación no significa que haya una relación causal, sino que podría tratarse de una coincidencia temporal o que el inicio del propio brote condicionara una percepción estresante. Por otra parte, otra limitación es la diferente interpretación del concepto de «problema» o «acontecimiento vital estresante» que puede tener cada paciente. Además, la frecuencia con que una persona puede tener problemas emocionales o de estrés motiva que esta asociación pueda ser más frecuente de lo esperado por simple azar. Además, el recuerdo puede estar distorsionado. A pesar de todas estas limitaciones, el hecho de que esta percepción de asociación positiva la presente un elevado porcentaje de la población con EII obliga a

dar un valor a este dato, y debe ser tenido en cuenta como estudio preliminar para proseguir con estudios controlados. Estos resultados son coherentes con dos estudios prospectivos que utilizan un listado o cuestionario de acontecimientos vitales para evaluar esta relación<sup>3,4</sup>. No obstante, también existen estudios contradictorios<sup>1,5</sup> o que encuentran una correlación modesta<sup>6</sup>.

Con respecto a las características demográficas y clínicas de la población estudiada, los resultados se ajustan a los referidos en series amplias de pacientes con EII tomados al azar en cuanto a la edad, las características de la enfermedad, las complicaciones y la necesidad de cirugía. Si se comparan los resultados con el grupo de familiares, la menor proporción de pacientes con EII que viven en pareja, y que se encuentran activos, reflejan las repercusiones sociales y laborales de esta enfermedad.

Con respecto a las repercusiones de la enfermedad en las diversas facetas de la vida según la percepción de los pacientes, el ámbito en el que refieren que más ha interferido la enfermedad en su vida es el laboral (el 40% de los pacientes lo califica como de «bastante» o «mucho» intensidad), seguido por la interferencia en la autoestima, las relaciones con la pareja y las amistades. Las tres preocupaciones más frecuentes que refieren estos pacientes son el miedo a las complicaciones a largo plazo, seguido del miedo a precisar una ostomía, y a la clínica presente de diarrea y dolor. Las repercusiones evidentes de la EII en los ámbitos laboral y social, y las repercusiones emocionales, como miedos y, en ocasiones, conductas fóbicas en el contexto de ostomías, la inseguridad en el futuro y la disminución de la autoestima, suelen poner en peligro los mecanismos de adaptación con los que cuenta el sujeto, y deben ser tenidas en cuentas por el especialista de gastroenterología para una atención integral del paciente. Por este motivo, se han desarrollado y se aconsejan intervenciones específicas psicosociales con el objetivo de favorecer la adaptación de estos pacientes<sup>15,18</sup> y de la familia<sup>19</sup>, aunque no existe consenso sobre cuál es la actuación más adecuada.

Con respecto a la presencia de clínica ansioso-depresiva, destaca que aproximadamente la mitad de los pacientes refieren encontrarse deprimidos en el momento de la entrevista, y un tercio considera que en dicho momento precisaría atención psicológica. Estas respuestas están reflejadas en las puntuaciones encontradas en la escala HAD, diseñada para evaluar la ansiedad y la depresión específicamente en el ámbito médico. El 42% puntuó 11 o más en alguna de las dos subescalas de ansiedad o depresión, lo cual indica un probable trastorno ansioso-depresivo, y el 58%, por encima de 8, lo cual indica un posible trastorno ansioso-depresivo. Estos resultados son acordes e incluso superiores a los encontrados por otros autores mediante la misma escala, los cuales reflejan una prevalencia del síndrome ansioso-depresivo que la sitúan entre el 29 y el 34% de estos pacientes<sup>3,20-21</sup>. Los resultados de la subescala de depresión se correlacionan con la percepción subjetiva del paciente de encontrarse deprimido, lo cual demuestra que esta subescala es una medida fiable del estado emo-

cional del paciente. Destaca que las repercusiones emocionales también se ven reflejadas en que el 37% de estos pacientes han precisado atención psiquiátrica y el 34% tratamiento psicotrópico previamente. A pesar de la presencia de sintomatología ansioso-depresiva que reflejan muchos pacientes en las respuestas de la entrevista, el 67% considera que está afrontando su enfermedad bastante bien. Esta respuesta no tiene por qué contradecir los resultados anteriores. Las enfermedades que se cronifican favorecen la aparición de estados subdepresivos difícilmente catalogables dentro de criterios diagnósticos específicos para enfermedades mentales DSM-IV<sup>22</sup> y CIE-10<sup>23</sup>, pero generalmente las limitaciones del paciente son más secundarias a los problemas y consecuencias médicas de estas enfermedades que a este estado subdepresivo. Por ello, cuando se evalúa a los pacientes, en general, la adaptación a la enfermedad se podría considerar adecuada también desde un punto de vista psicológico y psiquiátrico en la mayoría de ellos.

Se ha documentado que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es mayor en las EII que en otras enfermedades crónicas<sup>8</sup>. También algunos autores han encontrado una prevalencia mayor en la EC que en la CU<sup>1,24</sup>, aunque estos resultados son contradictorios<sup>20,25</sup>. Los resultados del presente estudio reflejados en la escala HAD no apoyan esta mayor prevalencia en la EC, aunque el escaso número de pacientes impide sacar conclusiones definitivas a este respecto. Tampoco se encontraron diferencias en esta escala entre pacientes y familiares, tal vez porque éstos también soportan una importante carga emocional por los problemas del paciente, y por ello puntuarían también más elevado en esta escala que si se hubiera utilizado un grupo de comparación diferente o un grupo control sano.

A pesar de las evidentes limitaciones de este tipo de estudios, la información obtenida nos ofrece una aproximación a la perspectiva del paciente, y nos recuerda la importancia de concepcionar la EII y cualquier enfermedad en particular desde una perspectiva biopsicosocial, dado que no debemos olvidar que los factores biológicos, emocionales y ambientales están interrelacionados. Por otra parte, también plantea la importancia de establecer con el paciente una relación que facilite la comunicación sobre los aspectos afectivos y los miedos, lo cual podría ayudar a mejorar las capacidades para afrontar la adaptación a la enfermedad en estos pacientes.

En resumen, estos resultados sugieren que un elevado porcentaje de pacientes con EII tienen una percepción de que en su caso existe un relación entre los acontecimientos estresantes que han padecido y el inicio y la activación de la enfermedad. Paralelamente, estos pacientes, en el momento de la entrevista, presentan una relativa elevada prevalencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva. Si esta observación se confirma en estudios en los que se recojan medidas objetivas, sería importante potenciar la intervención psicológica o psiquiátrica en estos pacientes como elemento clave en el control de la enfermedad y en la mejoría de la calidad de vida.

**ANEXO I. Preguntas realizadas en el cuestionario autoadministrado a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal sobre la percepción subjetiva de la influencia de los factores emocionales y de estrés en el inicio o actividad de la enfermedad**

El equipo de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic tiene interés en analizar vuestra impresión sobre la influencia de los factores emocionales o problemas de la vida en la evolución de vuestra enfermedad. Por este motivo, os agradeceríamos contestárais este cuestionario:

¿El inicio de su enfermedad coincidió con alguna época en que tenía más preocupaciones, problemas, o había ocurrido algún acontecimiento negativo en su vida? ¿De qué tipo?  
 No  Sí, pero problemas menores  Sí, con problemas graves

¿Los brotes siguientes los ha relacionado con épocas de mayores preocupaciones, problemas o con acontecimientos negativos en su vida?  
 No  Sí, pero problemas menores  Sí, con problemas graves

Los factores emocionales negativos (problemas, estrés, depresión), en su caso personal:

¿Cree que han influido en la aparición de su enfermedad?  
 No  Sí

¿Cree que han aumentado la percepción de los síntomas de su enfermedad?  
 No  Sí

¿Cree que han influido como desencadenantes de algunos de los brotes o épocas de empeoramiento que ha padecido?  
 No  Sí

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Helzer JE, Stillings WA, Chammas S, Norland CC, Alpers DH. A controlled study of the association between ulcerative colitis and psychiatric diagnoses. *Dig Dis Sci* 1982;27:513-8.
2. Paar GH, Bezzemberger U, Lorenz-Meyer H. The correlation of psychosocial stress and disease activity in patients with Crohn disease and ulcerative colitis. *Zeitschrift fur Gastroenterologie* 1988;26:648-57.
3. Robertson DAF, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989;30:623-6.
4. Garrett V, Brantley P, Jones G, McKnight T. The relation between Daily Stress and Crohn's disease. *J Behav Med* 1991;14: 87-95.
5. North CS, Alpers D, Helzer J, Spitznagel E, Clouse R. Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? *Ann Intern Med* 1991;114:381-6.
6. Von Wietersheim J, Overbeck A, Kiel K, Hohler T, Jantschek G, Feiereis H. The significance of recurrence-inducing events for patients with chronic inflammatory bowel diseases. Results of a prospective longitudinal study over three years. *Psychother Psychosom Med Psychol (Germany)* 1994;44:58-64.
7. 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.
8. Ringel Y, Rossman DA. Psychosocial aspects of Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2001;81:231-52.
9. Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM, Zagami EA, Apperlbaum MI. Health related quality of life in inflammatory bowel disease: functional status and patient worries and concerns. *Dig Dis Sci* 1989;34:1379-86.
10. Drossman DA, Leserman J, Li Z, Mitchell CM, Zagami EA, Patrick DL. The rating form of IBD patients concerns: a new measure of health status. *Psychosom Med* 1991;53:701-12.
11. Magni G, Bernasconi G, Mauro P, D'Odorico A, Sturniolo GC, Canton G, et al. Psychiatric Diagnoses in Ulcerative Colitis, a controlled study. *Br J Psychiatry* 1991;158:413-5.

12. North CS, Clouse RE Spitznagel EL, Alpers DH. The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. *Am J Psychiatry* 1990;147:974-80.
13. Daniel JM. Young adults' perceptions of living with chronic inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Nurs* 2002;25:83-94.
14. Kennedy ED, Blair JE, Ready R, Wolff BG, Steinhart AH, Carryer PW, et al. Patient's perceptions of their participation in a clinical trial for postoperative Crohn's disease. *Can J Gastroenterol* 1998;12:287-91.
15. Kennedy AP, Rogers AE. Improving patients involvement in chronic disease management: the views of patients, GPs and specialists on a guidebook for ulcerative colitis. *Patient Educ Couns* 2002;47:257-63.
16. Sewith MJ, Abrahamowicz M, Bitton A, Daly D, Wild GE, Cohen A, et al. Psychosocial correlates of patient-physician discordance in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2174-83.
17. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
18. Maunder R, Esplen MJ. Facilitating adjustment to inflammatory bowel disease: a model of psychosocial intervention in non-psychiatric patients. *Psychother Psychosom* 1999;68:230-40.
19. Smith S. Helping a family to cope with the effects of Crohn's disease. *Nurs Stand* 1999;13:56.
20. Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1987;28:1600-4.
21. 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.
22. American Psychiatric Association. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson S.A., 1995.
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor, 1992.
24. Tarter RE, Switala J, Carra J, Edwards KL, Van Thiel DH. Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset. *International J Psychiatric Med* 1987;17:173-81.
25. 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.