



PSICOLOGÍA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Apoyo y tratamiento psicológico en la enfermedad inflamatoria intestinal: relación médico-paciente

Laura Camacho Martel

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga, España

PALABRAS CLAVE

Enfermedad inflamatoria intestinal;
Factores psicosociales;
Tratamiento psicológico;
Calidad de vida

Resumen

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) interfiere en la vida diaria de los pacientes afectando a su calidad de vida. Los factores psicológicos relacionados con la EII desempeñan un papel muy importante, ya que influyen negativamente en el curso de la enfermedad y en el bienestar general de los pacientes. Así, se observa que las manifestaciones de estrés, ansiedad y del estado de ánimo deprimido son muy frecuentes en pacientes con EII y, además, se relacionan con el aumento de las recaídas y la gravedad de los síntomas. En este sentido, se ha comprobado que los tratamientos psicológicos mejoran el curso de la enfermedad disminuyendo el malestar emocional. Por otra parte, una buena relación entre el médico y el paciente favorece la comunicación, la confianza y la toma de decisiones conjuntas. La EII requiere de un enfoque multidimensional donde el tratamiento psicológico forma parte de un abordaje eficaz de la enfermedad.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Inflammatory bowel disease;
Psychosocial factors;
Psychological treatment;
Quality of life

Psychological support and treatment in inflammatory bowel disease: the physician-patient relationship

Abstract

Inflammatory bowel disease (IBD) interferes with the daily activities of affected individuals and impairs their quality of life. The psychological factors related to IBD play an important role since they negatively affect the course of the disease and the patients' general wellbeing. Thus, stress, anxiety and depressed mood are highly frequent in patients with IBD and are associated with an increase in recurrences and symptom severity. Psychological treatments have been shown to improve the course of the disease by decreasing emotional distress. In addition, a good physician-patient relationship favors communication, trust and joint decision making. IBD requires a multidimensional approach in which psychological treatment forms part of the effective management of the disease.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son enfermedades inflamatorias del intestino (EI) de curso crónico y recidivante. Se caracterizan por la alternancia de períodos de remisión, donde los síntomas son más leves, junto con recaídas, donde la sintomatología se agrava. Por el momento, no se conocen las causas de la enfermedad pero se han identificado algunos factores que pueden estar implicados. En este sentido, hay diferentes líneas de investigación acerca de la influencia y el papel que desempeñan factores de tipo genéticos, bacterianos, infecciosos, ambientales y psicosociales. Los síntomas más frecuentes suelen ser dolor abdominal, fiebre, diarrea, vómito, pérdida de peso, malnutrición y también pueden aparecer manifestaciones extraintestinales como dolor en las articulaciones, afectaciones oculares, dermatológicas e incluso hepáticas, y otras complicaciones clínicas que tienen que ver con la presencia de enfermedades perianales como fístulas, hemorroides, fisuras y abscesos. Esta sintomatología propia de la EI es muy parecida a la que se observa en otros tipos de enfermedades digestivas, por lo que es necesario un buen diagnóstico diferencial.

Aunque se conocen bien cuáles son los síntomas físicos que aparecen con más frecuencia en la EI aún hay pocos estudios acerca del impacto psicosocial que tiene la enfermedad en la vida de los pacientes. Tanto en la práctica clínica como en los estudios empíricos se observa que la EI repercute en la vida diaria de la persona afectando a todas sus dimensiones^{1,2}. Se ven alteradas las áreas física, social, personal, emocional, sexual, laboral y familiar^{3,4}. Por lo tanto, el abordaje eficaz de la EI requerirá un enfoque multidisciplinar cuyo principal objetivo es lograr que la calidad de vida del paciente sea la mejor posible.

Perspectiva biopsicosocial de la enfermedad inflamatoria intestinal

Los aspectos psicosociales relacionados con la EI cada vez son más estudiados y su interés va en aumento debido a la importancia que tienen en el curso y pronóstico de la enfermedad y en la calidad de vida de la persona⁵⁻⁸.

La Organización Mundial de la Salud estableció que la enfermedad es el resultado de la interacción y de la influencia mutua de factores de tipo físicos, psicológicos y sociales. Así, se comprueba que el bienestar subjetivo, que puede entenderse como la valoración que hace la persona de su estado de salud, está influenciado no sólo por la gravedad de los síntomas físicos sino también por las valoraciones que hace la persona acerca de su situación en la que va a intervenir el sistema de creencias que tenga dicha persona, sus expectativas, los recursos que crea que tiene para hacerle frente, sus preocupaciones, etc.^{8,9}. Del mismo modo, las diferencias individuales que se observan entre pacientes con la misma sintomatología y la justificación del malestar personal que manifiestan no pueden explicarse solamente por la gravedad de los síntomas físicos^{5,10,11}. Por tanto, es necesario conocer cómo influyen los factores físicos, psicológicos y sociales en la enfermedad y adoptar un enfoque multidimensional que permita el manejo y tratamiento eficaz de todas sus implicaciones.

Factores psicológicos y enfermedad inflamatoria intestinal

La naturaleza crónica y el curso impredecible de la EI afecta a todos los aspectos de la vida de la persona. Los pacientes tienen que enfrentarse a nuevas situaciones y desafíos, y se ven obligados a hacer esfuerzos importantes para aprender a adaptarse a los cambios que va a introducir la enfermedad en todos los ámbitos de su vida¹²⁻¹⁴. En este sentido, se ha demostrado que, una vez controlada la gravedad de la enfermedad, los trastornos psicológicos se relacionan con el aumento de la incapacidad en personas con EI¹⁵⁻¹⁸. Por otra parte, también se ha comprobado que cuando se trata la depresión el nivel de incapacidad disminuye sin que los índices objetivos de gravedad de la enfermedad cambien^{15,19,20}. En esta línea, los resultados de los estudios señalan claramente que los pacientes con EI muestran índices superiores, en comparación a personas sin EI, en ansiedad, estrés, alteraciones del estado de ánimo y malestar general que se relacionan con una menor calidad de vida y con el aumento de la utilización de los recursos sanitarios^{16,18,20-24}. Los propios pacientes manifiestan presentar alteraciones psicológicas y señalan al estrés y la ansiedad como los principales factores psicológicos desencadenantes de las recaídas².

Si se compara con otras enfermedades crónicas, la presencia de trastornos psicológicos en pacientes con EI es algo mayor²⁵. En concreto, los autores señalan que alrededor del 30% de los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa presenta alteraciones emocionales que aumentan significativamente en los períodos de recaídas²¹. En consonancia con lo anterior, estudios clínicos longitudinales señalan que el riesgo de recaída y del aumento de la gravedad de la enfermedad es mayor en pacientes con malestar emocional asociado^{16,17}. En definitiva, las propias características de la EI van a dar lugar a la aparición de acontecimientos estresantes que, a su vez, pueden empeorar el curso de la enfermedad, creándose un círculo vicioso de influencias mutuas.

Las alteraciones psicológicas más frecuentes en personas con EI tienen que ver con los cambios de humor que pueden ocurrir de forma repentina o en un espacio corto de tiempo, es lo que se conoce como labilidad emocional. La sensación de pérdida de control y el sentimiento de indefensión son fácilmente comprensibles ya que es una enfermedad impredecible que genera mucha incertidumbre. Otra de las preocupaciones más frecuentes se relaciona con cambios en la imagen corporal como consecuencia de los efectos secundarios de algunos tratamientos, la pérdida y aumento de peso, la aparición de cicatrices o las modificaciones en el cuerpo tras intervenciones quirúrgicas que pueden afectar a la autoestima y a las relaciones personales íntimas, sobre todo en personas jóvenes. El cansancio y la falta de energía como consecuencia de la propia enfermedad (malnutrición, anemia) y del miedo, la irritabilidad o la frustración, suelen ser de las que más incapacidad generan. Todo ello crea dificultades en tareas que requieren concentración y la persona percibe que su rendimiento disminuye. Como consecuencia, a corto y a largo plazo, aparecen alteraciones de tipo ansioso y depresivo de mayor o menor gravedad, una autovaloración negativa, baja autoestima, pérdida de confianza en las propias capacidades y conductas de evitación de si-

tuaciones potencialmente embarazosas que lleva a muchos pacientes a aislarse evitando cualquier contacto social con una disminución importante del nivel de actividad y con la consecuente pérdida de reforzadores.

Importancia de la relación médico-paciente

La comunicación médico-paciente es un elemento muy importante, ya que la relación que se establece entre el médico y la persona enferma es fundamental en todo el proceso de tratamiento²⁶. En muchos estudios, las conductas de comunicación que se dan durante la interacción médica se han asociado de forma significativa a una serie de valoraciones acerca de la salud y la satisfacción del paciente²⁷. Así, la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia en la salud, el funcionamiento y la satisfacción²⁸. De hecho, se ha demostrado que los estilos de comunicación del médico afectan a la calidad y cantidad de información que se obtiene del paciente y al grado de cumplimiento de las indicaciones médicas²⁹.

Los estudios sobre la buena o mala comunicación de los médicos se han centrado en 2 indicadores: a) la cantidad de información obtenida, y b) el grado de satisfacción y cumplimiento del paciente. De este modo, se ha comprobado que los médicos que ofrecen menos información tienen pacientes que cumplen menos con las indicaciones y están menos satisfechos con la atención que reciben²⁸.

Hay ciertas conductas que favorecen una buena comunicación entre el médico y el paciente. Conductas de tipo verbal, como el uso de la empatía, aportar tranquilidad y apoyo, hacer preguntas centradas en el paciente interesándose por aspectos psicosociales, dedicar tiempo suficiente a aclaraciones, dudas y tratar los temas con sentido del humor desdramatizando las situaciones, aumentan la confianza del enfermo en su médico y en el tratamiento. Para iniciar y mantener conversaciones, el uso de preguntas con final abierto o final cerrado son muy necesarias para lograr la mayor cantidad de información posible. También es importante tener en cuenta la comunicación no verbal que engloba a todas a las conductas que se expresan con el cuerpo, posturas y gestos. Se emplean para mostrar atención y comprensión favoreciendo el diálogo mediante la escucha activa. Todo ello son habilidades que se relacionan con una mejor comunicación con el paciente y con la satisfacción que obtiene. Cuando se utiliza un estilo de comunicación centrado en el paciente, los propios pacientes se muestran más partidarios de expresar sus propias preocupaciones acerca de la enfermedad que, a su vez, son una fuente importante de información ya que se relacionan con la adherencia y con la disminución de la percepción de ineficacia del tratamiento²⁸.

La toma de decisiones compartidas entre el médico y el paciente parece ser el modelo de relación al que se tiende, sobre todo cuando hay más de una alternativa donde el paciente tiene que ser partícipe de esas decisiones una vez que ha sido informado de todas las opciones posibles y de sus ventajas e inconvenientes. De este modo, la responsabilidad es compartida en una enfermedad donde con mucha frecuencia hay que tomar decisiones importantes y no siempre fáciles.

Aspectos fundamentales del tratamiento psicológico en la enfermedad inflamatoria intestinal

El tratamiento psicológico forma parte del abordaje integral de la EI. Los objetivos de la intervención psicológica se centran, principalmente, en aumentar la calidad de vida del paciente, mejorar el curso de la enfermedad e influir positivamente en el estado psicosocial del paciente³⁰. Para ello, se emplean una serie de recursos y herramientas necesarias para aprender a vivir con la enfermedad y reducir su impacto negativo.

La EI es una enfermedad que afecta mayoritariamente a personas jóvenes, de entre 25 y 30 años, que están en un momento de pleno desarrollo personal³¹. También se viene observando un aumento de la incidencia en niños^{32,33}, y la enfermedad puede afectar igualmente a personas mayores de 65 años. La intervención psicológica tendrá en cuenta, además de la edad del paciente, el momento en el que acuda a consulta. En este sentido, es importante saber cuál es el grado de gravedad de la enfermedad (leve, moderado, grave), si está en un fase activa o no, la historia previa de evolución de la enfermedad y si la persona se encuentra en momentos especialmente complicados, como puede ser el impacto inicial del diagnóstico, las recaídas, las hospitalizaciones y después de intervenciones quirúrgicas.

Hay diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas que se han llevado a cabo en el ámbito de la EI³⁴⁻⁴². Los programas de tratamiento cognitivo-conductuales en pacientes con EI han demostrado su eficacia manteniéndose los resultados en períodos de seguimiento a los 6 y a los 12 meses^{34,37,42}.

Dentro de los programas de tratamiento psicológico en la EI se distinguen diferentes tipos de intervención:

- Orientación. Son sesiones de tipo informativo y educacional acerca de la EI.
- Terapia individual. Los objetivos son específicos para cada caso en particular.
- Terapia de grupo. En el grupo, los pacientes no se sienten diferentes y comparten estrategias para solucionar problemas al mismo tiempo que se crean redes de apoyo social que perduran una vez que ha concluido el programa de tratamiento. En el grupo se crea el contexto adecuado para la expresión emocional y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento que han resultado eficaces para afrontar situaciones similares en otros pacientes con EI.
- Terapia familiar. Sabemos que la enfermedad también impacta en los demás miembros de la familia que necesitan apoyo psicológico para poder manejar sus propias emociones.
- Talleres específicos. Como la escuela de padres, muy eficaz y necesaria en el caso de familias donde el enfermo sea un niño o adolescente, ya que los padres necesitan pautas de actuación frente a las dificultades que genera la enfermedad, sobre todo en la relación con el hijo enfermo y con los demás miembros de la familia. También pueden surgir problemas en las relaciones de pareja que, a veces, requieren de apoyo psicológico.

El tratamiento psicológico en la EI debe incluir, al menos, los siguientes aspectos:

- Información adaptada a cada paciente. Es importante que el paciente conozca su enfermedad y que la información se proporcione en un lenguaje claro y comprensible según las necesidades de cada paciente y a medida que la vaya asimilando. Se informa acerca de los síntomas físicos (diarrea, dolor abdominal, fiebre), emocionales (ansiedad, depresión, irritabilidad, cambios de humor) y conductuales (disminución de la actividad, restricción de las relaciones sociales, aislamiento). También se proporciona información sobre los diferentes tipos de tratamiento y los recursos disponibles en equipos multidisciplinarios (farmacológicos, quirúrgicos, nutricionales, psicológico, reumatológico, ginecológico, pediátricos). Finalmente, se tratan las preocupaciones que más afectan al paciente. Hay que tener en cuenta que una de las consecuencias que generan mayor estrés y malestar emocional son las creencias erróneas acerca de la enfermedad. Son frecuentes las preocupaciones sobre si la enfermedad es contagiosa, si causa la muerte, si se hereda o sobre la posibilidad de tener hijos.
- Explicación del tratamiento psicológico en la EI. En esta fase se explica al paciente en qué consiste el tratamiento psicológico y se introduce en la terapia. Es importante manejar los sentimientos de culpa que suelen aparecer con frecuencia, sobre todo al principio del diagnóstico. Posteriormente, se establecen los objetivos, las metas y los valores que formarán parte de todo el proceso terapéutico, de forma que sean fácilmente alcanzables, realistas y con una exigencia gradual.
- Manejo del estrés. Uno de los factores que inciden más claramente en el curso de la EI es el estrés^{18,20,43}. Los estudios acerca de la importancia del estrés en la EI indican que el estrés se relaciona con el aumento de los síntomas y con la disminución de la calidad de vida^{10,44-48}. En concreto, en un estudio reciente se encontró que en el 66% de los casos el estrés fue el factor más importante que se relacionó con las recaídas⁴⁶. Asimismo, en la mayoría de los estudios, la gravedad de la enfermedad se relaciona con períodos de malestar emocional y/o estrés⁴⁹⁻⁵¹. En esta línea, se ha constatado que el estrés cotidiano, los pequeños acontecimientos estresantes del día a día, influyen más negativamente en la EI que los sucesos vitales extraordinarios⁵²⁻⁵⁴. Todo lo anterior apoya el importante papel que desempeña el estrés en el aumento del nivel de actividad de la enfermedad y su influencia en los sistemas digestivo e inmune^{48,55}. Mediante sesiones educativas y formativas se instruye al paciente para que reconozca y sea capaz de identificar cómo le influye el estrés y se utilizan técnicas de relajación y de control de la respiración para manejarlo. En el caso de niños es muy eficaz el recuerdo de situaciones placenteras y recurrir a la imaginación para inducir relajación.
- Solución de problemas y toma de decisiones. Las limitaciones propias de la EI generan una serie de cambios en los hábitos cotidianos del paciente que se ve obligado a hacer esfuerzos importantes para adaptarse. En este proceso necesario de reestructuración de las propias capacidades, es importante el fomento de la autoeficacia para restaurar la confianza en sí mismo y reducir el autoconcepto negativo. Para ello se utilizan diversas técnicas

como el aprendizaje en solución de problemas y la toma de decisiones.

- Entrenamiento en habilidades sociales. Las habilidades sociales pueden deteriorarse o perderse si no se practican. En los pacientes con EI se observa una disminución significativa en el nivel de actividad, sobre todo de las actividades que se relacionan con situaciones de interacción social¹. Posiblemente, el aumento de la inseguridad en las propias habilidades, la necesidad de encontrar a tiempo un baño, el tener que seguir algunas pautas de alimentación en momentos de recaídas (muchas situaciones de ocio y celebraciones se asocian a la comida), las alteraciones emocionales como la apatía o la desgana, el miedo al rechazo y el propio aislamiento dificultan en algunas personas continuar con su ritmo de vida habitual. El entrenamiento en habilidades sociales pretende mejorar la competencia interpersonal enseñando estrategias y habilidades para resolver situaciones sociales. Forma parte de dicho entrenamiento el aprendizaje del comportamiento asertivo y su diferencia con la conducta pasiva y agresiva. La puesta en práctica de dichas habilidades restaura la confianza y la seguridad del paciente aumentando la probabilidad de que se involucre en actividades sociales y de ocio.

Conclusiones

Los objetivos de los tratamientos farmacológicos en la EI se centran en el control o la disminución de la sintomatología física, pero como en cualquier otro tipo de enfermedad de naturaleza crónica hay otros factores psicológicos y sociales que influyen en el curso de la enfermedad y que requieren una adecuada atención. Se ha comprobado que el estrés, la ansiedad y el estado de ánimo deprimido son factores de riesgo para la aparición de recaídas en la EI. Por otra parte, el tratamiento psicológico tiene efectos terapéuticos beneficiosos ya que disminuye el ciclo de empeoramiento de los síntomas e influye positivamente en el bienestar general. La integración de los factores psicosociales en la práctica clínica puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con EI.

Conflicto de intereses

La autora ha declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Keles H, Eriki A, Bulcun E, Eriki M, Altinkaya V. Effects on chronic disease and associated psychological distress on health-related quality of life. *Int Med J.* 2007;37:6-11.
2. Moser G, Maeir-Dobersberger T, Vogelsang H, Lochs H. Inflammatory bowel disease: patients's beliefs about the etiology of their disease— a controlled study. *Psychosom Med.* 1993; 55:131.
3. Hall J, 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. *J Health Psycho.* 2005;10:443-55.

4. Toner BB, Casati J. Diseases of the digestive system. En: Boll TJ, Jonson SB, Perry NW, Rbzensky RH, editors. Handbook of Clinical Health Psychology. Vol. 1. Medical disorders and behavioural applications. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
5. Moser G. Should we incorporate psychological care into the management of IBD? *Gastroenterol Hepatol.* 2006;3:416-7.
6. Turnbull GK, Vallis TM. Quality of life in inflammatory bowel disease: the interaction of disease activity with psychosocial function. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90:1450-4.
7. Drossman DA. Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med.* 1998;60:258-67.
8. Sainsbury A, Heatley RV. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21:499-508.
9. Maunder RG, De Rooy EC, Toner BB, Greenberg GR, Steinhart HA, McLeod RS, et al. Health-related concerns of people who receive psychological support for inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol.* 1997;11:681-5.
10. Casati J, Toner BB, Drossman DA, Maunder RG. Concerns of patients with inflammatory bowel disease. A review of emerging themes. *Dig Dis Sci.* 2000;45:26-31.
11. Mussell M, Bocker U, Nagel N, Singer M. Predictors of disease-related concerns and others aspects of health-related quality of life in outpatients with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2004;16:1273-80.
12. Rudick RA, Miller D, Clough JD, Graaa LA, Farmer RG. Quality of life in multiple sclerosis. Comparisons with inflammatory bowel disease and rheumatoid arthritis. *Arch Neurol.* 1992;49:1237-42.
13. Pastor MA, López S, Rodríguez JM, Perol MC, Pons N. Percepción de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad Estres.* 1999;5:299-311.
14. Masachs M, Casellas F, Malagelada JR. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;9:511-9.
15. 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.
16. Mittermaier C, Dejacó C, Waldhoer T, Oeffelbauer-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.
17. 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.
18. Kurina LM, Goldacre MJ, Yeates D, Gill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiological Health.* 2001;55:716-20.
19. Walker E, Gelfand M, Gelfan A, Creed F, Katon W. The relation of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996;18:220-9.
20. Walker JR, Ediger JP, Graff LA, Greenfield MA, 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.
21. Schwartz RA, Schwartz JK. Psychiatric disorders associated with Crohn's disease. *Int J Psychiatry Med.* 1982;12:67-73.
22. 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.
23. Nogués Moyano V, González Barrón R, Sfre García S. Ansiedad y enfermedad inflamatoria intestinal. *Ansiedad Estres.* 2000; 6:281-94.
24. Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vanderberghe J, Van Oudenhover 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.
25. 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.
26. Suárez-Almanzor ME. Patient-physician communication. *Curr Opin Rheumatol.* 2004;16:91-5.
27. Berrios-Rivera P, Street RL, Popa-Lisseanu MGG, Kallen MA, Richardson MN, Janssen M, et al. Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2006;55:385-93.
28. Popa-Lisseanu MGG, Greisinger A, Richardson M, O'Malley KJ, Janssen NM, Marcus DM, et al. Determinants of treatment adherence in ethnically diverse, economically disadvantaged patients with rheumatic disease. *J Rheumatol.* 2005;32:913-9.
29. Marín M, León JM. Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema.* 2001;3:247-51.
30. Wietersheim J, Kessler H. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: a review. *Inflamm Bowel Dis.* 2006;12:1175-84.
31. Farrokhyar F, Swarbrick ET, Irving EJ. A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol.* 2001;36:2-15.
32. Mackner, LM, Ssson, DP, Wallace V, Grandall MD. Review: psychosocial issues in pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr Psychol.* 2004;29:243-57.
33. Nicholas DB, Otkey A, Smith C, Avolio J, Munk M, Griffiths AM. Challenges and strategies of children and adolescents with inflammatory bowel disease: a qualitative examination. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:28.
34. Díaz-Sbaja MA, Comeche Moreno MI, Mas Hesse B, Díaz García MI, Vallejo Pareja MA. Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento. *Apuntes Psicol.* 2008; 26:91-102.
35. Keller W, Pritsch M, Von Wietersheim J, Scheib O, Osborn W, Balck F, et al. Effects of psychotherapy and relaxation on the psychosocial and somatic course of Chron's disease: main results of the German prospective multicenter psychotherapy treatment study on Chron's disease. *J Psychosom Res.* 2004;56: 687-96.
36. Deter HC, Keller W, Von Wietersheim J, Jantschek G, Duxhman R, Zeitz M. Psychological treatment may reduce the need for healthcare in patients with Chron's disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13:745-52.
37. Mussell M, Bocker U, Nagel N. Reducing psychosocial distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. *Scand J Gastroenterol.* 2003;38:755-62.
38. Jones SC, Gallacher B, Lobo, Axon A. A patient knowledge questionnaire in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol.* 1993;17:1-24.
39. Oxelmark L, Magnusson A, Löfberg, R, Hilleras P. Group-based intervention program in inflammatory bowel disease patients: effects on quality of life. *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13:182-90.
40. Milne B, Joachim G, Niedhardt J. A stress management programme for inflammatory bowel disease. *J Advanced Nursing.* 1986; 11:561-7.
41. Schwartz RA, Blanchard EB. Evaluation of psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther.* 1990; 29:167-77.

42. García-Vega E. Intervención psicológica en la enfermedad de Crohn. *Anal Modif Conducta*. 1995;21:99-121.
43. Verissimo R, Mota-Cardoso R, Taylor G. Relationships between alexithymia, emocional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom*. 1998; 67:75-80.
44. Greene BR, Blanchard EB, Wan CK. Long-term monitoring of psycho-social stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther*. 1994;32:217-26.
45. García Vega E, Fernández C. Algunos factores predictores en la enfermedad de Crohn. *Psicothema*. 1998;10:143-51.
46. Hisamatsu T, Inoue N, Yajima M, Ichikawa H, Hibi T. Psychological aspects of inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol*. 2007;42:34-40.
47. Duffy LC, Zielezny MA, Marshall JR, Byers TE, Weiser MM, Phillips JF, et al. Relevance of mayor stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behav Med*. 1991;17:101-10.
48. Maunder R. Mediators of stress effects in inflammatory bowel disease: not the usual suspects. *J Psychosom Res*. 2000;48:569-77.
49. Goldberg D. A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine. *Gut*. 1970;11:459-65.
50. Cohn EM, Lederman II, Shore E. Regional enteritis and its relation to emotional disorders. *Am J Gastroenterol*. 1970;54:378-87.
51. Figatelli M. A global psychosomatic study of 16 consecutive patients with ulcerative colitis. *Psychother Psychosom*. 1981;35:22-3.
52. Kanner AD, Coyne JC, Shaefer C, Lazarus RS. Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *J Behavioural Medicine*. 1981;4:1-39.
53. Burks N, Martin B. Everyday problems and life changes events: ongoing versus acute sources of estres. *J Human Stress*. 1985;11:27-35.
54. Garret VD, Brantley PJ, McKnight GT. The relation between daily stress and Crohn's disease. *J Behav Med*. 1991;14:87-96.
55. Cohn B, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis. A pathological and clinical entity. *JAMA*. 1932;99:1323-9.