

## Resultados de un programa de tratamiento psicológico grupal para la enfermedad inflamatoria intestinal

César Mateu<sup>1</sup>, Lara Mascarós<sup>1</sup>, Raquel Rivero<sup>1</sup>, Verónica Villanueva<sup>1</sup>, María Roncero<sup>2</sup>, Carmen Carrió<sup>1</sup>, Rafael Gil<sup>1</sup> y Amparo Escudero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Arnau de Vilanova-Llíria, Valencia, España.

<sup>2</sup> Universidad de Valencia, Valencia, España.

**Resumen:** Durante los últimos años parece evidente que el estrés psicológico y los trastornos afectivos ejercen influencia sobre el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal. En una muestra de 35 sujetos se analizó la eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual en formato grupal. Para ello, se analizaron los cambios en las estrategias de afrontamiento del estrés y manejo de la enfermedad, en la sintomatología depresiva y en la calidad de vida tras el tratamiento. Se observaron, diferencias significativas en la calidad de vida, en todas las escalas de afrontamiento del estrés, excepto en autofocalización negativa, mejorando la sintomatología depresiva. La terapia cognitivo-conductual es la intervención psicológica más prometedora según los datos empíricos obtenidos hasta la fecha y podría empezar a ser considerada como parte del tratamiento integral para estos pacientes.

**Palabras clave:** Enfermedad de Crohn; colitis ulcerosa; enfermedad inflamatoria intestinal; terapia cognitivo conductual.

**Abstract:** Results of a group psychological treatment protocol for inflammatory bowel disease. During the last years, it has become clear that stress and affective disorders have influence on the course of inflammatory bowel disease. In a sample of 35 subjects, the effectiveness of a cognitive-behavioral treatment was analyzed in a group format. For this, changes in coping strategies and stress and disease management, in depressive symptoms and quality of life after treatment were analyzed. Significant differences were observed in quality of life and in all stress coping scales except negative self-targeting, improving depressive symptoms. Cognitive-behavioral therapy is the most promising psychological intervention according to the empirical data obtained so far and could begin to be considered part of a comprehensive treatment for these patients.

**Keywords:** Crohn's disease; ulcerative colitis; inflammatory bowel disease; cognitive-behavioral therapy.

### Introducción

La etiología multifactorial de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que engloba la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), abarca factores genéticos, inmunológicos y ambientales (Abraham y Chon, 2009; Baumgart y Carding, 2007; Dutta y Chacko, 2016). El papel del estrés y la personalidad como factores predisponentes para el desarrollo de la EII con-

tinúa siendo controvertido tras años de debate entre los expertos (Triantafyllidis, Merikas, y Gikas, 2013); unos sostienen posturas en defensa de un planteamiento psicósomático frente a un planteamiento puramente fisiológico, y otros plantean una etiología multifactorial (North, Clouse, Spitznagel, y Alpers, 1990; Ponder y Long, 2013). Sin embargo, durante los últimos años parece evidente que el estrés psicológico y los trastornos afectivos ejercen influencia sobre el curso de la enfermedad (Nahon et al., 2012). La cuestión de si dicha sintomatología clínica es consecuencia de la EII o bien existen características de personalidad premórbidas que facilitan el desarrollo de problemas gastrointestinales, continua siendo objeto de controversia (McCombie, Mulder y Gearry,

Recibido: 22 septiembre 2016; aceptado: 23 febrero 2017.

Correspondencia: César Mateu Hernández, Hospital Arnau de Vilanova, C/Hernán Cortés 18 pta. 2, 46004, Valencia, España. Correo-e: cesmateu@gmail.com

2013; Moreno-Jiménez, López-Blanco, Rodríguez-Muñoz, y Garrosa-Hernández, 2007; Triantafyllidis et al., 2013).

Convivir diariamente con una enfermedad crónica como la EII, supone un estresor vital ante el que puede aparecer sintomatología emocional (Lledó et al., 2016). Existe evidencia de que la ansiedad y la depresión son más frecuentes en pacientes con EII que en población general (Kovacs y Kovacs, 2007; Kurina, Goldacre, Yeates, y Seagroatt, 2001; Tribbick et al., 2015). Los síntomas emocionales aumentan durante los periodos activos de la enfermedad, y la presencia de la ansiedad y, sobre todo, el ánimo depresivo influyen negativamente en el curso de la EII (Bernstein et al., 2010; Faust, Halpern, Danoff-Burg y Cross, 2012; Fuller-Thomson, Lateef y Sulman, 2015; Graff, Walker, y Bernstein, 2009; Häuser, Janke, Klump, y Hinz, 2011; Levenstein et al., 2000), incluso provocando una mayor interferencia en el tratamiento farmacológico de estos pacientes (Persoons et al., 2005).

Los síntomas ansioso-depresivos no sólo se explican por eventos externos estresantes y difíciles (como una enfermedad crónica), sino que también dependen de las diferencias individuales en la respuesta al estrés y a las exigencias vitales (Gross, 1998). Al afrontar el estrés y experiencias negativas, las personas atraviesan procesos emocionales diferentes (Diamond y Aspinwall, 2003). Estos procesos, hacen referencia a cómo cada persona utiliza estrategias concretas para gestionar las experiencias internas (sensaciones, pensamientos o emociones) con el objetivo de modificar el tipo, la frecuencia, magnitud o duración de su experiencia emocional. Los procesos de regulación de las emociones pueden ser adaptativos o desadaptativos; estos últimos tratan, por lo general, de evitar, eliminar o atenuar las experiencias adversas, pero paradójicamente, están asociados con la etiología y el mantenimiento de una serie de patologías mentales, como la depresión (Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008; Trindade, Ferreira, y Pinto-Gouveia, 2015). Las estrategias de afrontamiento adaptativas hacen referencia a aquellas que propician una actitud positiva del paciente frente a la enfermedad facilitando su regulación emocional. Entre dichas estrategias cabe destacar la focalización en la solución de problemas, es decir, la búsqueda e identificación de las soluciones más útiles a los problemas; la reevaluación positiva, que consiste en centrarse en mayor medida en los aspectos positivos de la situación; la evitación entendida como una forma de distracción en la que el paciente se centra en aspectos diferentes al problema (p.ej., Actividades de ocio y tiempo libre) y no como una forma de evadirse; y la búsqueda de apoyo social, estrategia encaminada a aumentar el uso positivo de su red de

apoyo social, ya que estos pacientes suelen retraerse socialmente debido a las limitaciones funcionales de su enfermedad, sobre todo cuando ésta está en una fase aguda o «brote» (Sandín y Chorot, 2003). La EII suele presentarse en la adultez temprana y afecta a todas las áreas de la vida de los pacientes, es decir, física, social y psicológica (Peyrin-Biroulet, Loftus, Colombel, y Sandborn, 2010). Un estudio reciente ha revelado que los factores que más predecían una baja calidad de vida eran ser mujer, la percepción de no poder desarrollar la carrera profesional y el escaso apoyo o entendimiento de los compañeros de trabajo (Magalhães, Castro, Carvalho, Moreira, y Cotter, 2014). Así mismo, parece que en este tipo de población, los niveles de ansiedad y depresión también pueden predecir una peor calidad de vida (Farrokhyar, Marshall, Easterbrook, e Irvine, 2006; Moreno-Jiménez et al., 2007), haciéndose necesario evaluar dichos niveles al recibir el diagnóstico y planificar el tratamiento, especialmente en la población más joven (Persoons et al., 2005; Loftus et al., 2011; Iglesias-Rey et al., 2014). Por todo ello, es conveniente identificar las variables que intervienen en el empeoramiento de la calidad de vida para poder diseñar estrategias de intervención cada vez más eficaces (Vidal et al., 2008).

La relación entre la EII y los factores psicosociales, la alta comorbilidad entre ésta y los problemas emocionales, junto con el hecho de que muchos pacientes no saben qué hacer o cómo hacer frente a los problemas generados por su enfermedad, ha llevado a algunos investigadores a desarrollar y poner en práctica programas de intervención psicológica (García-Vega, y Fernández-Rodríguez, 2004). El objetivo principal de este tipo de tratamientos es entrenar a los pacientes en el conocimiento y utilización de estrategias de afrontamiento efectivas que puedan ayudarles a mejorar su calidad de vida. En los últimos años, se han publicado numerosas revisiones sobre la eficacia de la psicoterapia en la mejora de la calidad de vida, el estado emocional y las recaídas/remisiones en la EII. Dichas revisiones muestran que las intervenciones psicoterapéuticas mejoran la calidad de vida de estos pacientes (García-Vega, y Fernández-Rodríguez, 2004; Langhorst et al., 2007; McCombie et al., 2013; Oliveira et al., 2007). En concreto, son las terapias cognitivo-conductuales las que parecen conseguir un mayor logro terapéutico sobre los síntomas ansiosos y depresivos (Knowles, Monshat, y Castle, 2013; Díaz, Comeche, y Mas, 2007). Según McCombie et al. (2013), las terapias focalizadas en la solución frente a las intervenciones centradas en la solución de problemas han obtenido mejores resultados en cuanto a disminución en la percepción del dolor, la fatiga, el número de recaídas y hospitalizaciones, el coste económico por paciente y una mayor adherencia a la medicación. Así

mismo, cuando el terapeuta es un psicólogo clínico o un psicoterapeuta se han observado mejores resultados que cuando éste es un enfermero/a. Actualmente se siguen proponiendo y validando protocolos de intervención cuyo objetivo es intervenir sobre los aspectos psicológicos que inciden negativamente sobre la EII (Bennebroek et al., 2012; Díaz et al., 2007; Grootenhuis, Maurice-Stam, Derkx, y Last, 2009; Langhorst et al., 2007; Mirkocka-Walus et al., 2015; Oxelmark, Magnusson, Lofberg, e Hilleras, 2007; Szigethy et al., 2007).

El objetivo del presente estudio es analizar la eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual en formato grupal para pacientes con EII teniendo en cuenta los cambios que se producen en las estrategias de afrontamiento del estrés y manejo de la enfermedad, en la sintomatología depresiva y en la calidad de vida.

## Método

### *Participantes*

La muestra la conformaron 50 pacientes. De ellos, 12 pacientes no finalizaron el tratamiento por diversas causas (incompatibilidad con horario laboral, inicio de un brote e interrupción voluntaria). Finalizaron el tratamiento 38 pacientes (20 hombres, 52.6%). La edad media fue de 42.50 años ( $DT = 11.05$ ). El 63.2% de la muestra estaba casada o vivían en pareja, el 21.1% estaban solteros, el 13.2% divorciados, y el 2.6% eran viudos. El 73.7% de la muestra tenía un estatus socio-económico medio, el 21% entre bajo medio-bajo, y el 2.6% alto. Respecto al nivel de estudios, el 36.8% de los participantes tenían estudios elementales, el 36.8% secundarios, y el 21.1% superiores. La duración media de la enfermedad fue de 8.5 años ( $DT = 0.98$ ). El 55.3% de los pacientes ( $n = 21$ ) tenía diagnóstico de CU, y el 44.7% ( $n = 17$ ) tenían EC. El 23.1% ( $n = 9$ ) habían sido intervenidos quirúrgicamente por la EII. La media de brotes en el último año era de 1.1 ( $DT = 1.16$ ), y la media de consultas médicas en el último año era 3.65 ( $DT = 2.36$ ). Ninguno de los pacientes presentaba un trastorno mental ni seguía tratamiento psicofarmacológico.

### *Procedimiento*

Los participantes eran derivados por los facultativos especialistas en medicina digestiva del Departamento de Salud Valencia-Hospital Arnau de Vilanova-Llíria de la Comunidad Valenciana, desde consultas externas. Todos los pacientes participaron de manera voluntaria, y se les pidió que firmaran un consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento. El presente estudio fue rea-

lizado bajo los principios de la Declaración de Helsinki del año 2000 (Mancizini, 2000). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: tener diagnóstico definitivo de EC o CU, tener entre 18 y 60 años de edad, no estar en fase aguda (fase activa de la enfermedad), y no presentar discapacidad intelectual o un grado de analfabetismo que impidiera comprender el tratamiento.

### *Tratamiento*

El programa de tratamiento fue llevado a cabo por un terapeuta y un coterapeuta (ambos residentes de psicología clínica de cuarto y tercer año, respectivamente, y supervisados por un facultativo especialista en psicología clínica), en formato grupal (cada grupo lo conformaron de 5 a 10 pacientes), constó de 8 sesiones de 2 horas de duración cada una y con una periodicidad quincenal. Los grupos de tratamiento se fueron formando siguiendo el orden de derivación de los pacientes por parte del servicio de medicina digestiva. Se realizó una evaluación inicial y otra al finalizar el tratamiento.

Todas las sesiones tuvieron la misma estructura, variando únicamente el contenido de cada una de ellas. Después de un saludo inicial, la estructura general constaba de presentación de la agenda, revisión de la tarea inter-sesión, contenidos específicos de la sesión, y asignación de la tarea inter-sesión.

A continuación, se describe el contenido y componentes de cada una de las sesiones del programa de tratamiento:

*Primera sesión:* Presentación de los participantes y terapeutas. La mayor parte de la sesión se dedica a que los pacientes expliquen su experiencia con la enfermedad, conocer sus expectativas hacia el grupo y explorar su motivación y posibles interferencias. También, se introducen las normas de funcionamiento del grupo e información sobre la estructura general de las sesiones.

*Segunda sesión:* Información psicoeducativa más relevante sobre la EII explicada por un médico especialista en medicina digestiva (características, causas, síntomas, diagnóstico, importancia de los hábitos de vida saludables y de la adherencia al tratamiento médico, etc.).

*Tercera sesión:* Presentación del programa de tratamiento. Explicación del modelo de afrontamiento del estrés, análisis de los factores que influyen en la enfermedad, relación entre los aspectos psicológicos (estrés, ansiedad y depresión) y enfermedad, e información sobre las distintas estrategias de afrontamiento.

*Cuarta sesión:* Entrenamiento en respiración lenta y relajación muscular progresiva. Técnicas empleadas para reducir la ansiedad y la tensión muscular, disminuir

el impacto del estrés emocional y aumentar estados de relajación.

*Quinta sesión:* Explicación del papel de la atención como mecanismo psicológico implicado en la EII. Entrenamiento en técnicas de distracción con el fin de disminuir las sensaciones subjetivas de malestar generadas por los síntomas.

*Sexta sesión:* Entrenamiento en habilidades sociales. Los objetivos son introducir el concepto de asertividad, eliminar los obstáculos que pueden interferir en la comunicación asertiva y mejorar la comunicación entre paciente-médico, otras personas, familiares y amigos.

*Séptima sesión:* Reestructuración cognitiva. Papel de las cogniciones en la valoración e interpretación de diferentes situaciones. Identificar las cogniciones desadaptativas relacionadas con la enfermedad, registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos que generan malestar emocional.

*Octava sesión:* Prevención de recaídas. Identificar, anticipar y afrontar situaciones estresantes y conductas de riesgo que puedan provocar el empeoramiento de su estado físico y/psíquico.

### Instrumentos

*Cuestionario de Afrontamiento del Estrés* (Sandín, 2008; Sandín y Chorot, 2003). Es una medida de autoinforme de 42 ítems que evalúa 7 estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión. Los sujetos deben indicar la frecuencia con que emplearon cada una de las 42 formas de afrontamiento indicadas según una escala tipo Likert graduada entre 0 (Nunca) y 4 (Casi siempre). En cuanto a la consistencia interna del instrumento en la presente muestra (alfa de Cronbach) fue de .86; .73; .72; .72; .59; y .93 para cada uno de los estilos de afrontamiento respectivamente, a excepción de la escala de religión, ya que dicha escala no se tuvo en cuenta al realizar los análisis estadísticos porque la puntuación de todos los pacientes tanto en el pre y post-tratamiento fue de 0 («nunca»), es decir, no la utilizaban.

*Inventario de Depresión de Beck-II* (Beck, Steer y Brown, 1996). Se trata de una medida auto-informada de 21 ítems que evalúa la presencia de sintomatología depresiva. Los sujetos responden a 21 grupos de enunciados correspondientes a diferentes síntomas depresivos, debiendo elegir la afirmación que mejor describe el estado del sujeto durante la última semana. La puntuación de los ítems se realiza en escalas de cuatro puntos desde 0 (síntoma no presente) hasta 3 (síntoma muy intenso), y la pun-

tuación total en el BDI-II se sitúa en un rango entre 0 y 63. El alfa de Cronbach con en el presente estudio fue de .92.

*Cuestionario de Calidad de Vida en la EII CCVEII-36* (Sanz, Perdígón, y Vázquez, 2003; ). Este cuestionario es la versión española del Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) (Guyatt et al., 1989). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 36 ítems, en el cual las respuestas están graduadas siguiendo una escala tipo Likert de 7 puntos, en la que 7 representa la mejor función y 1 la peor función. Los ítems del cuestionario se agrupan en cinco dimensiones: síntomas intestinales o digestivos, síntomas sistémicos, afectación funcional, afectación social y afectación emocional. El alfa de Cronbach en el presente estudio para cada una de las dimensiones por orden fue de .82; .83; .83; .76 y 0.88.

### Resultados

Se realizó un ANOVA de medidas repetidas que mostró diferencias significativas entre las puntuaciones en CAE entre el pre y post-tratamiento, traza de Pillai = 0.257,  $F(1.35) = 12.10$ ,  $p = 0.001$ ,  $\eta_p^2 = 0.26$ . Las comparaciones *post hoc* indicaron que había diferencias significativas en todas las escalas excepto en «autofocalización negativa». Los participantes puntuaron más alto al finalizar el tratamiento en «focalización en la solución del problema», «reevaluación positiva», «evitación», y «búsqueda de apoyo social», mientras que la puntuación disminuyó en «expresión emocional abierta» (Tabla 1). Tras el tratamiento, los participantes también puntuaron significativamente más bajo en BDI-II,  $t(37) = 3.75$ ,  $p = 0.001$ , y más alto en todos los factores de CCVEII: «síntomas intestinales», «síntomas sistémicos», «afectación funcional», «afectación social» y «afectación emocional», traza de Pillai = 0.399,  $F(1.36) = 23.91$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta_p^2 = 0.40$  (Tabla 1).

### Discusión

Afrontar las distintas demandas del ambiente, muchas altamente estresantes, por parte de los pacientes con EII implica que deban hacer uso de los recursos psicológicos de los que disponen para aliviar el impacto del estresor. El uso de determinados estilos de afrontamiento depende de la forma en la que el individuo evalúa la situación e implica un repertorio conductual en cierta medida estable, que forma parte de la manera habitual en la que se suele responder a las demandas del ambiente, sea o no adaptativo (aunque si funcional) para el individuo (Trindade et al., 2015).

En este estudio se observó que tras el tratamiento, los pacientes mejoraron todas sus estrategias de afronta-



Tabla 1. Media y desviación típica para las medidas pre y post-tratamiento

	Pre	Post
CAE Focalización en la solución del problema	13.11 (5.56)	16.08 (5.42)*
CAE Autofocalización negativa	7.94 (4.14)	6.97 (3.93)
CAE Reevaluación positiva	12.89 (4.37)	15.67 (3.74)*
CAE Expresión emocional abierta	7.22 (3.97)	5.39 (2.93)*
CAE Evitación	9.22 (3.96)	12.19 (3.74)*
CAE Búsqueda de apoyo social	10.36 (6.71)	12.61 (5.89)*
BDI-II	16.21 (10.66)	10.84 (9.90)*
CCVEII Síntomas intestinales	4.92 (1.21)	5.42 (0.96)*
CCVEII Síntomas sistémicos	4.61 (1.16)	5.30 (1.00)*
CCVEII Afectación funcional	4.56 (1.47)	5.45 (1.18)*
CCVEII Afectación social	5.24 (1.13)	5.88 (0.86)*
CCVEII Afectación emocional	4.74 (1.34)	5.65 (1.19)*

*Nota.* CAE: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés; BDI-II: Beck Depression Inventory-II; CCVEII: Cuestionario de Calidad de Vida en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. \* $p < .05$ .

miento al estrés, excepto la autofocalización negativa, disminuyó la sintomatología depresiva y mejoró la calidad de vida. Las estrategias que más significación alcanzaron, tras el tratamiento, fueron la focalización en la solución del problema y la evitación. Es conveniente aclarar que el aumento de puntuaciones en la estrategia de afrontamiento del estrés evitación se ha de entender como que el paciente deja de focalizar la atención en las manifestaciones negativas de la enfermedad, adoptando un afrontamiento más adaptativo. Igualmente, la estrategia «expresión emocional abierta» disminuyó, dicha estrategia consiste en que la persona considera que expresando su ira o su tristeza de forma constante solucionará el problema, dejándose llevar por la emoción negativa (hostilidad, irritarse con los demás, etc.). En este caso, el afrontamiento es más adaptativo cuanto menor es la expresión emocional abierta. Sin embargo, la estrategia de autofocalización negativa no alcanzó significación estadística quizás debido, por una parte, a una puntuación basal baja en dicha estrategia que implicaría que los pacientes la utilizaban poco y, por otra parte, a que en el programa terapéutico no se incide suficientemente en el abordaje de la misma.

Así mismo, este estudio mostró una disminución de la sintomatología depresiva al finalizar del tratamiento. Este resultado coincide con otros estudios donde también se observó dicha mejoría (Díaz et al., 2007; Szegedy et al., 2007). Esta mejoría afectiva puede ser impor-

tante para que los pacientes perciban una mayor calidad de vida tras el tratamiento, ya que se ha observado que la presencia de depresión es una de las principales causas de su empeoramiento (Creed et al., 2005; Graff et al., 2009). Según Mikocka-Walus y colaboradores (2015), la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la EII sólo reduce la depresión cuando las puntuaciones basales son altas, sin embargo en nuestro estudio aunque las puntuaciones basales fueron subclínicas sí que se produjo una mejoría anímica significativa tras el tratamiento.

La calidad de vida es un variable importante y debe ser tenida en cuenta a la hora de diseñar las intervenciones, ya que una baja calidad de vida no es únicamente una consecuencia de la enfermedad sino que puede ser, a su vez, un factor causal, pudiendo provocar una mayor gravedad sintomática, y peor adherencia al tratamiento (Bennebroek Evertsz et al., 2012). Además, parece que los rasgos de personalidad no tienen un papel importante en la predicción de la calidad de vida (Vidal et al., 2008).

En el presente estudio, tras el tratamiento psicológico grupal, los pacientes informaron de una mayor calidad de vida con una mejoría en todas las escalas del cuestionario CCVEII (síntomas intestinales, sistémicos, afectación funcional, social y emocional). Un reciente y potente metaanálisis informa que los datos empíricos apuntan a una mejor calidad de vida tras la psicoterapia, aunque existen algunos estudios donde no se ha observado dicha mejoría (McCombie et al., 2013). Existe una clara evidencia que el estrés exacerba los síntomas de la EII y por tanto los tratamientos que incorporan componentes enfocados a mejorar el afrontamiento del estrés suelen obtener mejores resultados (Goodhand, Wahed, y Ramp-ton, 2009). Por todo lo anterior, se aprecia una gran necesidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con EII, especialmente aquellos con peor calidad de vida y la terapia cognitivo-conductual grupal puede ser una buena herramienta para conseguirlo.

Sin embargo, este estudio no está exento de ciertas limitaciones. Una es la no existencia de un grupo control para poder controlar los cambios que pudieran derivarse de la propia evolución de los pacientes a lo largo del tiempo. Dadas las características asistenciales en el contexto de la sanidad pública resulta complicado poder tener acceso a la formación de un grupo control. Otro aspecto a tener en cuenta sería considerar la conveniencia de replicar este estudio con un mayor tamaño muestral con el fin de poder establecer varios grupos de pacientes en función de la gravedad de su enfermedad EII para poder estudiar si existen o no diferencias entre ellos respecto al tratamiento psicológico y si se confirman los datos obtenidos en el presente estudio.

A modo de conclusión, este trabajo aporta nueva evidencia empírica a favor de la eficacia y la eficiencia de la terapia grupal cognitivo-conductual en el tratamiento de la EII. La psicoterapia puede tener una influencia positiva en la EII, tanto a nivel psicológico como físico, convirtiéndose en un elemento importante para una aproximación integral del tratamiento (Mikocka-Walus et al., 2010, 2012).

### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### Referencias

- Abraham, C., & Cho, J. H. (2009). Inflammatory bowel disease. *New England Journal of Medicine*, *361*, 2066–2078.
- Baumgart, D. C., & Carding, S. R. (2007). Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology. *Lancet*, *369*, 1627–1640.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory, 2nd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bennebroek, F., Bockting, C. L., Stokkers, P. C., Hinnen, C., Sanderman, R., & Sprangers, M. A. (2012). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: Multi-center design and study protocol (KLIC- study). *BMC Psychiatry*, *12*, 227.
- Bernstein, C. N., Singh, S., Graff, L. A., Walker, J. R., Miller, N., & Cheang, M. (2010). A prospective population-based study of triggers of symptomatic flares in IBD. *American Journal of Gastroenterology*, *105*, 1994–2002.
- Creed, F., Ratcliffe, J., Fernandes, L., Palmer, S., Rigby, C., Tomenson, B.,... & Thompson DG. (2005). Outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, panic and neurasthenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 507-515.
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: an integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, *27*, 125–156.
- Díaz, M. A., Comeche, M.I., & Más, B. (2007). Protocolized cognitive-behavioural group therapy for inflammatory bowel disease. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, *99*, 593-598.
- Dutta, A.K., & Chacko, A. (2016). Influence of environmental factors on the onset and course of inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, *22*, 1088-1100.
- Farrokhyar, F., Marshall, J. K., Easterbrook, B., & Irvine, E. J. (2006). Functional gastrointestinal disorders and mood disorders in patients with inactive inflammatory bowel disease: prevalence and impact on health. *Inflammatory Bowel Disease*, *12*, 38-46.
- Faust, A. H., Halpern, L. F., Danoff-Burg, S., & Cross, R. K. (2012). Psychosocial factors contributing to inflammatory bowel disease activity and health-related quality of life. *Gastroenterology and Hepatology*, *8*, 173-181.
- Fuller-Thomson, E., Lateef, R., & Sulman, J. (2015). Robust Association Between Inflammatory Bowel Disease and Generalized Anxiety Disorder: Findings from a Nationally Representative Canadian Study. *Inflammatory Bowel Disease*, *21*, 2341-2348.
- García-Vega, E., & Fernández-Rodríguez, C. (2004). A stress management programme for Crohn's disease. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 367-383.
- Goodhand, J. R., Wahed, M., Rampton, D.S. (2009). Management of stress in inflammatory bowel disease: a therapeutic option?. *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology*, *3*, 661-679.
- Graff, L. A., Walker, J. R., & Bernstein, C. N. (2009). Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflammatory bowel diseases*, *15*, 1105-1118.
- Grootenhuis, M. A., Maurice-Stam, H., Derkx, B. H., & Last, B. F. (2009). Evaluation of a psychoeducational intervention for adolescents with inflammatory bowel disease. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, *21*, 430-435.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, *2*, 271-299.
- Guyatt, G., Mitchell, A., Irvine, E.J., Singer, J., Williams, N., Goodacre, R., & Tompkins, C. (1989) A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, *96*, 804-810.
- Häuser, W., Janke, K. H., Klump, B., & Hinz, A. (2011). Anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: comparisons with chronic liver disease patients and the general population. *Inflammatory Bowel Disease*, *17*, 621-632.
- Iglesias-Rey M, Barreiro-de Acosta M, Caamaño-Isorna F, Rodríguez I. V., Ferreira R, Lindkvist B.,... & Domínguez-Munoz J. E. (2014). Psychological factors are associated with changes in the health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease*, *20*, 92-102.
- Knowles, S. R., Monshat, K., & Castle, D. J. (2013). The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: a review. *Inflammatory Bowel Disease*, *19*, 2704-2715.
- Kovacs, Z., & Kovacs, F. (2007). Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *37*, 245–255.
- Kurina, L. M., Goldacre, M. J., Yeates, D., & Seagroatt, V. (2001). Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*. *55*, 716–720.
- Langhorst, J., Mueller, T., Luedtke, R., Franken, U., Paul, A., Michalsen, A.,... & Elsenbruch S. (2007). Effects of a comprehensive lifestyle modification program on quality-of-life in patients with ulcerative colitis: a twelve-month follow-up. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *42*, 734-745.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Andreoli, A., Luzi C.,... & Marcheggiano, A. (2000). Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *American Journal of Gastroenterology*, *95*, 1213-1220.
- Lledó, A., Fernández-Díez, E., Pastor, M. A., López-Roig, S., Ibáñez Ballesteros, J., Sorinas Nerín, J. (2016). Disfunción del sistema autonómico y estado de salud en la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *21*, 119-128.

- Loftus, E. V., Guerin, A., Yu, A. P., Wu, E. Q., Yang, M., Chao, J., & Mulani, P. M. (2011). Increased risks of developing anxiety and depression in young patients with Crohn's disease. *American Journal of Gastroenterology*, *106*, 1670-1677.
- Magalhães, J., Castro, F. D., Carvalho, P. B., Moreira, M. J., & Cotter, J. (2014). Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychosocial factors. *Archives of Gastroenterology*, *51*, 192-197.
- Mancini, J.L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, *6*, 321-334.
- McCombie, A. M., Mulder, R. T., & Gearry, R. B. (2013). Psychotherapy for inflammatory bowel disease: a review and update. *Journal of Crohn's and Colitis*, *7*, 935-949.
- Mikocka-Walus A. A., Bond M, Holloway R. H., Persson J, Pilichiewicz A. N., Hughes P. A.,... & Andrews J. M. (2010). Does cognitive behavioural therapy (CBT) improve outcomes in inflammatory bowel disease (IBD)? Initial feasibility report on a pilot randomised controlled trial. *Gastroenterology*, *138*, 521-522.
- Mikocka-Walus, A. A., Andrews, J. M., Bernstein, C. N., Graff, L. A., Walker, J. R., Spinelli, A.,... & Moser G. (2012). Integrated model of care in managing inflammatory bowel disease: A discussion. *Inflammatory Bowel Disease*, *18*, 1582-1587.
- Mikocka-Walus, A., Bampton, P., Hetzel, D., Hughes, P., Esterman, A., & Andrews, J. M. (2015). Cognitive-behavioural therapy has no effect on disease activity but improves quality of life in subgroups of patients with inflammatory bowel disease: a pilot randomised controlled trial. *BMC Gastroenterology*, *15*, 54.
- Moreno-Jiménez, B., López-Blanco, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Garrosa-Hernández, E. (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*, 39-46.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, *3*, 400-424.
- North, C.S., Clouse, R. E., Spitznagel, E. L., & Alpers, D.H. (1990). The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 974-981.
- Oliveira, S., Zaltman, C., Elia, C., Vargens, R., Leal, A., Barros, R., & Fogaça, H. (2007). Quality-of-life measurement in patients with inflammatory bowel disease receiving social support. *Inflammatory Bowel Disease*, *13*, 470-474.
- Oxelmark, L., Magnusson, A., Lofberg, R., & Hilleras, P. (2007). Group-based intervention program in inflammatory bowel disease patients: effects on quality of life. *Inflammatory Bowel Disease*, *13*, 182-190.
- Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L,... & Rutgeerts, P. (2005). The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, *22*, 101-110.
- Peyrin-Biroulet, L., Loftus, E. V., Colombel, J. F., & Sandborn, W. J. (2010). The natural history of adult Crohn's disease in population-based cohorts. *American Journal of Gastroenterology*, *105*, 289-297.
- Ponder, A., & Long, M. D. A. (2013). Clinical review of recent findings in the epidemiology of inflammatory bowel disease. *Clinical Epidemiology*, *25*, 237-247.
- Sandín, B. (2008). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas* (2ª ed.). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario del afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *8*, 39-54.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, *14*, 249-280.
- Szigethy, E., Kenney, E., Carpenter, J., Hardy, D. M., Fairclough, D., Bousvaros, A.,... & DeMaso D. R. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescents with inflammatory bowel disease and subsyndromal depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 1290-1298.
- Triantafyllidis, J. K., Merikas, E., & Gikas, A. (2013). Psychological factors and stress in inflammatory bowel disease. *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology*, *7*, 225-238.
- Tribbick, D., Salzberg, M., Ftanou, M., Connell W. R., Macrae, F., Kamm, M. A.,... & Knowles, S. R. (2015). *Clinical and Experimental Gastroenterology*, *17*, 197-204.
- Trindade, I. A., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. (2016). Inflammatory bowel disease: The harmful mechanism of experiential avoidance for patients' quality of life. *Journal of Health Psychology*, *21*, 2882-2892.
- Vidal, A., Gómez-Gil, E., Sans, M., Portella, M. J., Salamero, M., Piqué, J. M., & Panes, J. (2008). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. *Inflammatory Bowel Disease*, *14*, 977-983.

