

2000, 6(2-3), 281-294

ANSIEDAD Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Viviana Nogués Moyano, Remedios González Barrón y Silvia Sifre García

Universidad de Valencia

Resumen: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica recidivante que incluye a la Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU). Está caracterizada por una inflamación de las paredes del tracto digestivo. Estudios previos sugieren mayor sintomatología ansiosa asociada a personas que presentan esta enfermedad. El objetivo de la presente investigación se centra en estudiar las manifestaciones de ansiedad fisiológica en enfermos de EII. Los instrumentos de evaluación utilizados, en una muestra de 135 sujetos, 65 con EII y 70 control, fueron el CSAQ y el ISRA. Los resultados muestran mayor sintomatología fisiológica ansiosa en enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa, tanto medido con el CSAQ como con el ISRA. No se observan diferencias en niveles de ansiedad según género. Sin embargo, la ansiedad parece estar modulada por el tiempo de padecimiento de la enfermedad. Los niveles mayores de ansiedad en la EII parecen estar asociados a situaciones de evaluación, ansiedad fóbica y ansiedad frente a situaciones habituales.

Palabras Clave: Seg Ansiedad fisiológica, Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa, ISRA, CSAQ

Abstract: Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a chronic illness relapse including Crohn Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC). It is characterized by an inflammation of the intestinal tract walls. Previous studies point out more anxiety symptoms in the subjects with this disease. The aim of this research is to study the physiological anxiety manifestations in IBD subjects. The assessment was carried out on a sample of 135 subjects, 65 with IBD and a control group of 70. The instruments were CSAQ and the ISRA. The results obtained showed higher anxiety symptoms in Crohn and Ulcerative Colitis subjects in both questionnaires. The anxiety level was the same for both genders. Nevertheless, the anxiety seems to be associated with the chronicity time. The highest levels of anxiety are related to evaluation conditions, phobic anxiety and anxiety associated with everyday situations.

Key words: Physiological Anxiety, Crohn Disease, Ulcerative Colitis, ISRA, CSAQ

Title: *Anxiety and inflammatory bowel disease*

Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica recidivante que incluye a los enfermos de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) y responde a una inflamación y ulceración de las paredes del tracto digestivo. La diferencia entre ambas enfermedades se aprecia tanto a nivel anatómico como histológico, por la localización de la inflamación y la afectación par-

cial o total de las paredes del intestino, respectivamente (Ondersma et al., 1997).

La enfermedad de Crohn, descrita por Crohn, Ginzburg y Oppenheimer (1932), es una enfermedad inflamatoria transmural que puede afectar a cualquier porción del tubo digestivo y se caracteriza porque sus lesiones son múltiples, discontinuas y asimétricas. Por otra parte, la colitis ulcerosa descrita a fines del siglo XIX por Wikks y Morton, afecta exclusivamente al colon o intestino grueso inflamando la mucosa (superficie interna) y formando úlceras más o menos extensas.

* Dirigir la correspondencia a: Dra. Viviana Nogués Moyano, Dpto. Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics, Facultat de Psicologia, Universitat de València. Av. Blasco Ibañez, 21, 46010. Valencia
E-mail: sanomo@alumni.uv.es

© Copyright 2000: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

En general, la EII se caracteriza por la aparición de dolor hipogástrico, diarrea, fiebre o febrícula, pérdida de peso, anemia, masa abdominal palpable, manifestaciones anales y perianales, fístulas y obstrucción parcial del intestino. Son frecuentes las manifestaciones extraintestinales, alteraciones hepatobiliares, manifestaciones oculares y espondilitis anquilosante. La etiología de ambas es desconocida aunque se cree que hay una predisposición genética, probablemente un factor infeccioso y el sistema inmune actúa contra el propio cuerpo (Pajares y Mate, 1993).

El desconocimiento de la etiología de la EII ha favorecido su consideración como una enfermedad psicogénica. Sin embargo, no se ha podido demostrar consistentemente el origen psicológico de esta enfermedad. La dificultad en considerar las variables implicadas en la metodología aplicada no han permitido realizar ninguna interpretación concluyente sobre la relación entre factores psicológicos y la enfermedad (North et al., 1990).

Las implicaciones que los factores psicológicos desempeñan en relación a la enfermedad física y la salud, es un área de investigación sobre la cual cada vez se desarrollan más estudios (Cano Vindel y Fernández, 1999). Diferentes estudios han abordado la relación mencionada, tales como: El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares (Miguel Tobal et al., 1997); asimetrías EEG asociadas a variaciones cardiovasculares, rasgos de ansiedad y factores de personalidad (Yorio et al., 1998); perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial (Cano Vindel et al., 1999); emociones y desorganización conductual asociado a daño cerebral traumático (Céspedes et al., 2000).

También el género ha sido objeto de numerosos estudios observándose que los niveles de ansiedad son mayores en las mujeres, tanto en general como en enfermedad

crónica (Heretik et al., 1994; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1997; Davis et al., 1999). Sin embargo, en un reciente trabajo en pacientes con dolor crónico se observa que los niveles de ansiedad son más altos en los hombres (Edwards et al., 2000). En relación al tiempo de padecer la enfermedad, se ha observado que la enfermedad crónica con el tiempo, en personas mayores, no perturba su motivación por la vida (Forbes, 1999).

Las enfermedades crónicas, por su propias características, influyen sobre las personas tanto a nivel emocional, como en su estilo de vida, comportamiento y pensamiento en general, constituyendo una importante fuente de estrés ya que exigen en el enfermo constantes esfuerzos de adaptación para asimilar los cambios relevantes en su estilo habitual de vida (Pastor et al., 1999). Respecto a la EII, procesos infecciosos y autoinmunes parecen ser factores etiológicos primarios en su desarrollo, mientras que los factores psicosociales y el estrés, no serían considerados patogénicos, sino factores que exacerbarían la sintomatología y la fase activa de la enfermedad (Ondersma et al., 1997).

En este sentido, conocer las variables psicológicas que influyen en el ajuste emocional de los enfermos crónicos, constituye el punto de partida que fundamente la intervención psicológica en el proceso de adaptación a la nueva situación. En el caso concreto de la EII, su propia naturaleza incurable, su lento y difícil diagnóstico (Grandbastien et al., 1999), la sintomatología molesta que le acompaña, el pronóstico impredecible, entre otros, la convierten en una enfermedad que necesita de estudios para poder comprender el alcance de las implicaciones psicológicas asociadas, con la finalidad de elaborar programas educativos de salud (Olmstead, 1998; Rowlinson, 1999; Kennedy et al., 1999; von Wietersheim et al., 1999; O'Sullivan et al., 2000).

No hay acuerdo entre los investigadores respecto al rol que podrían desempeñar los factores psicológicos en la EII. Así, algunos estudios, desde una perspectiva psicodinámica, postularon que la enfermedad tenía un claro origen psicológico de orden neurótico (Sperling, 1960; Weiner, 1977; Schwartz et al., 1982), mientras que otros señalaron su carácter puramente somático (Mendeloff et al., 1970). Posteriores estudios, pusieron de manifiesto una etiología multifactorial, en donde se incluiría la ansiedad y la depresión como variables psicológicas asociadas a esta enfermedad (García Vega et al., 1994; Porcelli et al., 1996; Addolorato et al., 1996; García Vega et al., 1998).

La ansiedad es una de las emociones más estudiadas asociadas a la enfermedad orgánica en general, y a los problemas digestivos en particular, por su relación con el sistema nervioso autónomo y somático (Izard, 1993). También se ha considerado la ansiedad al estudiar la relación entre factores emocionales y trastornos psicofisiológicos (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994; Cano Vindel y Fernández, 1999).

Autores como Addolorato et al (1997), postularon que factores como la ansiedad o la depresión podrían ser reactivas a la incapacidad que generan los síntomas que acompañan a esta enfermedad. De esta manera, el estrés psicosocial o la ansiedad podrían agravar los síntomas de la EII al mismo tiempo que las características de la enfermedad podrían repercutir en el bienestar psicológico de los enfermos. En esta línea, García Vega y Fernández Rodríguez (1998), señalaron que los conocimientos psicológicos actuales en relación a la EC, no permiten obtener conclusiones definitivas sobre las características comportamentales. Aunque la enfermedad por su propia naturaleza (cronicidad, interferencia de vida,...), es en sí misma un factor potencial que interfiere en la calidad de vida de los pacientes y que

además facilita la aparición de acontecimientos estresantes.

En general, los estudios que han relacionado variables psicológicas con la EII se han centrado en factores de desajuste psicológico, como estrés, ansiedad o depresión, así como en programas de educación en hábitos de vida (O'Sullivan et al., 2000). En esta línea, algunas investigaciones coinciden en que pacientes con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa presentan una mayor sintomatología ansiosa frente a la población normal (Duffy et al., 1991; Song et al., 1993; Schwarz et al., 1993; García Vega et al., 1994; Greene et al., 1994; Maunder et al., 1999). Estudios más recientes centrados en la ansiedad evaluada a través del State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), observaron que las puntuaciones de ansiedad estado en pacientes con EII, eran significativamente mayores que en el grupo control (Addolorato et al., 1997). En este mismo sentido, Tocchi et al (1997), estudiando factores de riesgo de pacientes con CU, encontraron que las puntuaciones del STAI rasgo y estado eran también mayores en el grupo experimental. Porcelli et al (1996), en un amplio estudio prospectivo con 104 sujetos que padecían EII encontraron que altos valores de ansiedad y depresión, evaluados con el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond y Snaith, 1983), estaban relacionados con la fase activa de la enfermedad.

En estos estudios no se ha abordado en profundidad la sintomatología de la ansiedad fisiológica asociada con la EII, lo que resultaría particularmente interesante para una mejor comprensión y tratamiento psicológico de los síntomas propios de la enfermedad. Las investigaciones consultadas, también ponen de manifiesto que la sintomatología ansiosa asociada a la EII, podría mantener y agravar la enfermedad física como ya se señaló en el planteamiento de la teoría del

“psicomantenimiento psicológico” (Kinsman, Dirk y Jones, 1982). Desde esa perspectiva la ansiedad no se consideraría un factor etiológico.

Dentro de este contexto, el objetivo de la presente investigación se centra en estudiar las características de la ansiedad fisiológica y determinar las áreas asociadas a sus manifestaciones, en los enfermos de EII.

Tabla 1. Características generales de la muestra (N=135)

N	CSAQ		ISRA	
	E.I.I.	CONTROL	E.I.I.	CONTROL
mujer	14	11	16	22
hombre	21	24	14	13
Total	35	35	30	35
\bar{x} edad	34.5	37.1	35.4	35.4

Método

Sujetos

La muestra estaba formada por 135 sujetos, 65 con EII y 70 control sin enfermedad, donde el 46.7% (63) eran mujeres y el 53.3% (72) varones. Con un rango de edad entre 20 y 68 años (\bar{x} = 35.45 y D.T. = 10.26) (Tabla 1). Tanto el grupo experimental como control fueron divididos en dos subgrupos, al azar. Cada uno de ellos fue evaluado con un cuestionario de ansiedad, el Cuestionario de Ansiedad Cognitiva y Somática (N=35,35), (CSAQ, Schwartz, Davidson y Goleman, 1978) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (N=30,35), (ISRA, Miguel Tobal y Cano Vindel, 1997).

El grupo experimental, afectados de EII, pertenecían a la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU). El grupo control se estableció con personas que no padecían una enfermedad crónica, y con características sociodemográficas (gé-

nero, edad y nivel educativo) semejantes al grupo experimental. Todos los sujetos dieron su consentimiento de forma voluntaria a la investigación.

Instrumentos

La ansiedad fisiológica fue evaluada en todos los sujetos por medio de dos cuestionarios. El Cuestionario de Ansiedad Cognitiva Somática (CSAQ, Schwartz, Davidson y Goleman, 1978), formado por 14 ítems, 7 de ansiedad cognitiva y 7 de ansiedad somática. Se evaluó la ansiedad somática por medio de la subescala somática.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA, Miguel Tobal y Cano Vindel, 1997), es un inventario con formato interactivo que incluye Situaciones x Respuestas. La tarea consiste en evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de conductas de ansiedad ante distintas situaciones. Está constituido por 3 subescalas: Cognitiva (evalúa ansiedad cognitiva en distintas situaciones), Fisiológica

(evalúa ansiedad fisiológica en idénticas situaciones) y Motora (evalúa ansiedad motora también en idénticas situaciones). Las respuestas o conductas pertenecen tanto al sistema cognitivo (7), fisiológico (10) como motor (7), por lo que puede obtenerse una puntuación para cada uno de los tres sistemas de respuesta. De esta manera, el total de ítems es de 224 (56 en la escala cognitiva, 56 en la motora y 112 en la escala fisiológica). Además permite obtener puntuaciones para 4 factores situacionales o rasgos específicos: Factor I: Ansiedad ante situaciones de evaluación o toma de responsabilidades; Factor II: Ansiedad en situaciones sexuales y de interacción social; Factor III: Ansiedad ante situaciones fóbicas y Factor IV: Ansiedad ante situaciones habituales de la vida cotidiana. De acuerdo a lo planteado en este estudio se utilizó la subescala fisiológica, que evalúa diversos índices de activación del sistema nervioso autónomo y somático.

En ambos cuestionarios se proponen cinco alternativas de respuesta para cada ítem. Las variables sociodemográficas (género, edad, nivel educativo) así como las clínicas (enfermedad y tiempo de enfermedad) fueron recopiladas mediante un cuestionario realizado para tal efecto.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron administrados individualmente, por una psicóloga en ambos grupos. La información fue obtenida, para el grupo experimental, con ocasión de asambleas informativas periódicas que realiza la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa. Se consideraron ambos diagnósticos en un único grupo denominado EII. El grupo control se reclutó por anuncio en centro público donde se señalaban las caracte-

rísticas sociodemográficas. Con posterioridad se administraron los cuestionarios.

Los datos fueron estudiados con el paquete estadístico SPSS 8.0. Se realizaron análisis descriptivos y análisis de varianza (ANOVA) para estudiar la relación entre las variables y subgrupos.

Resultados

En base a los resultados de cada uno de los cuestionarios se realizó una clasificación de los sujetos en niveles de ansiedad mínima, moderada y severa. Para ello, se utilizó la división por percentiles (33 y 66) que dividieron los valores de la variable cuantitativa en estos tres grupos (mínima: menor que centil 33; moderada: entre centil 33 y 66; severa: mayor de centil 66). El estudio global de los resultados (Gráficas 1 y 2), muestran que tanto en el subgrupo evaluado con el CSAQ, escala somática, como con el ISRA, escala fisiológica, los niveles de ansiedad en esta escala del grupo control se sitúan en mínimo y moderado, mientras que en el grupo experimental lo hacen en moderado y severo.

Así, en el CSAQ, escala somática, (Figura 1) el 88.6% del grupo control se agrupa en los niveles moderado y mínimo, y tan sólo el 11.4% en severo. Mientras que la mayoría del grupo experimental (80%) obtiene puntuaciones moderadas (22.9%) y severas (57.1%), situándose en niveles mínimos sólo el 20% .

Los resultados obtenidos con el cuestionario ISRA, escala fisiológica, se distribuyen de forma semejante. Si bien en el grupo control la distribución se centra en la categoría moderada (68.6%), en el grupo experimental, a excepción de uno de los sujetos, 29 de ellos (96.6%) se agrupan en torno a niveles moderados (53.3%) y severos (43.3%).

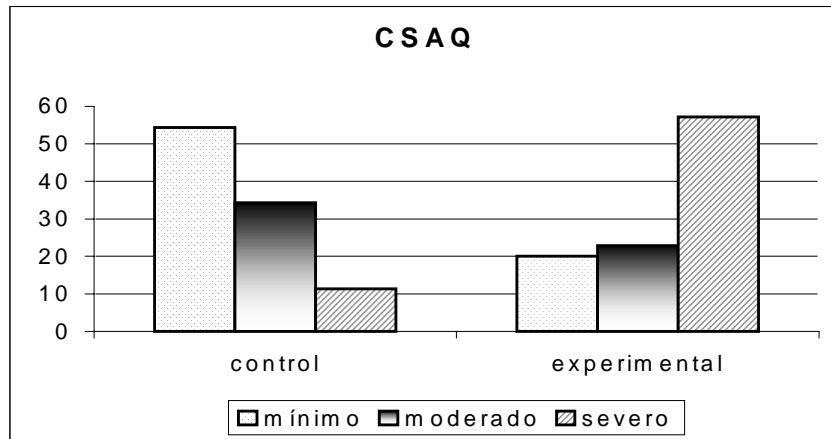


Figura 1. Distribución ansiedad somática en CSAQ

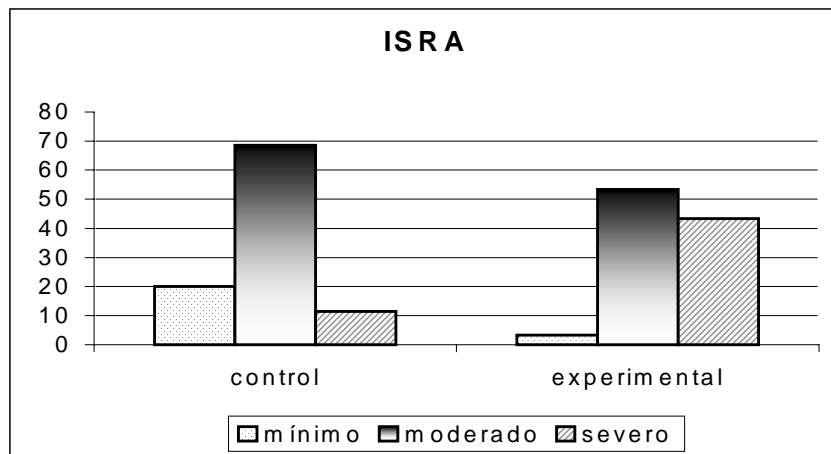


Figura 2: Distribución ansiedad fisiológica en ISRA.

Las puntuaciones totales (Tabla 2) obtenidas en ambos cuestionarios indican diferencias estadísticamente significativas, en el CSAQ (escala somática): $[F(1,68) = 16.86, p < 0.05]$ e ISRA (escala fisiológica): $[F(1,63) = 11.467, p < 0.05]$, al comparar ambos grupos. Sin embargo, no se observan diferencias significativas en relación al género. Los varones del grupo experimental evaluados tanto con el CSAQ (escala

somática) como con el ISRA (escala fisiológica), así como los del grupo control evaluados con el CSAQ (escala somática), obtienen medias ligeramente superiores a las mujeres, aunque no estadísticamente significativas.

Tabla 2: Medias de ansiedad fisiológica según género

	CSAQ					
	E.I.I.			CONTROL		
	\bar{x}	Dt	p	\bar{x}	Dt	p
Ansiedad	*18.94	5.17		13.17	3.58	0.00
mujer	18.64	3.49	0.784	12.72	4.14	0.627
hombre	19.14	6.11		13.37	3.37	

*p < 0.05

	ISRA					
	E.I.I.			CONTROL		
	\bar{x}	Dt	p	\bar{x}	Dt	p
Ansiedad	*48.43	21.95		32.28	16.41	0.001
mujer	47.63	24.24	0.834	32.50	16.17	0.922
hombre	49.36	19.89		31.92	17.46	

*p < 0.05

En relación a la incidencia que el tiempo de padecer la enfermedad puede tener sobre la ansiedad fisiológica, se han clasificado los sujetos de la muestra experimental en tres categorías teniendo como referencia los centiles 33 y 66 (bajo tiempo: 0 y 6 años = < centil 33; tiempo medio: 6 y 12 años = ≥ centil 33 y ≤ a centil 66; alto tiempo: más de 12 años = > centil 66). Al considerar estas categorías en relación con los dos subgrupos establecidos, evaluados con el ISRA (escala fisiológica) y el CSAQ (escala somática) respectivamente, se observan (Tabla 3) diferencias significativas únicamente para el subgrupo ISRA [F(2,27)=3.53, p<0.05], siendo los sujetos que padecen la enfermedad entre 6 y 12 años, los que presentan mayores niveles de ansiedad fisiológica. Sin embargo, en las condiciones de mínimo y máximo tiempo de enfermedad, no se observan niveles de

ansiedad fisiológica significativamente diferentes.

Para comprender el valor cualitativo de estos resultados, se realizó un estudio de ítems. Como era de esperar, los subgrupos experimentales evaluados (CSAQ, ISRA), obtuvieron puntuaciones más elevadas que los controles respectivos.

Concretamente, en el subgrupo evaluado con el CSAQ (escala somática) (Tabla 4), se puede observar que las puntuaciones son significativamente superiores (ítems 4, 6, 10, 12 y 14) para el grupo experimental en relación al grupo control. Las respuestas fisiológicas de ansiedad que serían más frecuentes en sujetos con EII, se centran en sensaciones corporales de nerviosismo, sudoración, inquietud motora, inmovilización y diarrea.

Tabla 3: Ansiedad fisiológica y tiempo de padecimiento de la enfermedad

Años enfermedad	CSAQ				ISRA			
	\bar{x}	Dt	F	p	\bar{x}	Dt	F	p
(0-5)	19.69	5.28	0.508	0.606	39.88	16.48	3.538	0.043
(6-12)	17.63	5.74			*61.31	24.72		
(+ 12)	19.36	4.65			41.95	17.61		

*p < 0.05

Tabla 4: Análisis de ítems: CSAQ, escala somática

Número de ítem y contenido	EXPERIM		CONTROL		F	p
	\bar{x}	Dt	\bar{x}	Dt		
2. Latido cardiaco acelerado	3.11	1.28	2.40	1.06	6.46	0.130
4. Sensaciones corporales nerviosismo	* 2.71	1.41	1.69	0.96	12.75	0.001
6. Diarrea	* 3.51	1.38	1.37	0.73	65.90	0.000
8. Tensión en el estomago	2.46	1.20	2.57	1.40	0.13	0.715
10. Inquietud Motora	* 2.43	1.38	1.83	0.95	4.48	0.038
12. Inmovilización	* 2.14	1.46	1.40	0.60	7.75	0.007
14. Sudoración	* 2.57	1.50	1.91	1.17	4.16	0.045

(*) Dif. Significativas a 0.05

En relación a los resultados del ISRA (escala fisiológica), tanto en el análisis de las respuestas de ansiedad como de las situaciones sensibles de generar ansiedad, se observó diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el control, en ansiedad fisiológica.

Los sujetos del grupo experimental (Tabla 5) han obtenido puntuaciones significativamente superiores al grupo control (ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 9), en las respuestas de ansiedad fisiológica como sudoración, temblores, tensión corporal, entre otras. No parece que las respuestas como molestias en el estomago, nauseas/ mareo o escalo-

fríos sean causa de diferencias significativas entre ambos grupos.

En el análisis de el cuestionario ISRA (escala fisiológica), las situaciones potencialmente generadoras de ansiedad fisiológica puede observarse (Tabla 6), que todos los ítems a excepción del 10 presentan diferencias estadísticamente significativas entre grupo experimental y control. La situación 10 "hablar en público" parece ser potencialmente generadora de ansiedad fisiológica tanto para el grupo experimental como para el grupo control. Por otra parte, los ítems 9, 12 y 22 son marginalmente significativos.

Tabla 5: Análisis de respuestas: ISRA, escala fisiológica

Número y contenido	EXPERIM		CONTROL		F	p
	\bar{x}	Dt	\bar{x}	Dt		
1.- Molestias del estomago	10.90	8.66	8.40	4.97	2.111	0.151
2.- Sudoración	*5.73	5.45	3.37	3.61	4.354	0.041
3.- Temblores	*14.77	9.08	10.69	7.26	4.048	0.049
4.- Dolor de cabeza	*9.00	8.79	4.89	5.71	5.140	0.027
5.- Tensión corporal	*8.23	3.79	5.80	2.42	9.767	0.003
6.- Palpitaciones	*17.43	7.81	12.86	5.93	7.186	0.009
7.- Respiración agitada	*13.83	11.42	8.17	8.12	5.413	0.023
8.- Nauseas o mareo	4.40	6.83	3.29	4.31	0.637	0.428
9.- Sequedad de boca	*10.0	9.00	4.80	6.51	7.262	0.009
10.- Escalofríos.	2.57	2.97	2.46	3.37	0.019	0.891

Tabla 6: Análisis por situación: ISRA, escala fisiológica

Número ítem y contenido	EXPERIM		CONTROL		F	p
	\bar{x}	Dt	\bar{x}	Dt		
1.- Ante un examen o trabajo importante	* 8.83	5.05	6.11	4.89	4.849	0.031
2.- Llegar tarde a una cita	* 6.53	4.64	3.29	3.08	11.339	0.001
3.- Pensar en cosas pendientes de hacer	* 6.30	4.39	3.46	3.25	8.969	0.004
5.- En el trabajo o al estudiar	* 3.37	3.53	1.43	1.56	8.619	0.005
6.- Al esperar en un lugar concurrido	* 2.97	2.46	1.20	1.43	12.988	0.001
8.- Si alguien molesta o se discute	* 9.60	4.50	6.20	4.51	9.200	0.004
9.- Al ser observado/ supervisado/ criticado	** 3.30	3.29	2.00	2.33	3.452	0.068
10.- Si tengo que hablar en público	10.37	5.45	8.94	7.56	0.736	0.394
12.- Viajar en barco o avión	** 4.83	6.44	2.46	4.07	3.256	0.076
13.- Después de cometer un error	* 4.50	3.27	2.60	2.10	7.988	0.006
16.-Al pensar en el futuro / problemas futuros	* 4.10	3.12	2.74	2.39	3.926	0.052
17.- En multitudes o espacios cerrados	* 3.27	2.96	1.31	1.97	10.065	0.002
21.- Por nada en concreto	* 3.67	4.25	1.27	2.36	6.264	0.015
22.- A la hora de dormir	** 0.40	0.93	8.5E-02	0.28	3.597	0.062

Finalmente, al estudiar los cuatro factores del ISRA (sólo en la escala fisiológica), se observan diferencias estadísticamente significativas en tres de ellos (Tabla 7). Así, los sujetos con enfermedad inflamatoria intestinal obtuvieron puntuacio-

nes significativamente superiores en el Factor I de ansiedad fisiológica ante la evaluación [F(1,63)=7.45, p<0.05], Factor III ansiedad fisiológica fóbica [F(1,63)=5.62, p<0.05] y el Factor IV ansiedad fisiológica ante situaciones habi-

tuales de la vida cotidiana [$F(1,63)=10.954$, $p<0.05$]. No parecen haber diferencias entre los sujetos con EII y los sujetos del gru-

po control en el Factor II ansiedad fisiológica interpersonal [$F(1,63)=1.39$, $p>0.05$].

Tabla 7. Factores de ansiedad: ISRA, escala fisiológica

	EXPERIM		CONTROL
	Media	Media	F
I.- Ansiedad ante la Evaluación	*38.32	27.68	7.45
II.- Ansiedad Interpersonal	8.83	6.89	1.39
III.- Ansiedad Fóbica	*14.37	8.83	5.62
IV A. ante Situaciones Vida Cotidiana	*7.43	3.09	10.95

(*) Dif. Significativas a 0.05

Discusión

De manera general, los resultados obtenidos muestran que los sujetos con enfermedad inflamatoria intestinal presentan mayor sintomatología ansiosa, de orden fisiológico, que sujetos sin enfermedad, confirmando esta tendencia independientemente del tipo de cuestionario utilizado: ISRA (escala fisiológica) y CSAQ (escala somática). Otros autores encontraron resultados similares (García Vega et al., 1994; Greene et al., 1994; Addolorato et al., 1997).

En el análisis de los datos obtenidos no se observan diferencias significativas entre mujeres y hombres, como sugieren investigaciones previas en relación al constructo ansiedad (Steptoe et al., 1990; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1997; Davis et al., 1999), y específicamente en pacientes con EII (Heretik et al., 1994), obteniendo los varones medias ligeramente superiores. En la bibliografía, se sugiere que niveles altos de ansiedad en hombres podrían estar relacionados con altos niveles de dolor y bajos niveles de actividad diaria se relacionarían con baja ansiedad (Edwards et al., 2000), no encontrándose esta relación en mujeres. Es posible que las mujeres posean una más vasta experiencia en cuestiones relaciona-

das con salud y, que esto, les haya ayudado a generar una mayor percepción de control sobre algunos síntomas (González, 1999).

En el caso de la ansiedad modulada por el tiempo de enfermedad, parece ser que un tiempo de enfermedad medio (6 a 12 años) provoca mayores niveles de ansiedad en comparación a una media de tiempo baja (0 a 5 años) o alta (más de 12 años). Esto podría explicarse por el ciclo evolutivo (35 años) al que están adscritos la mayoría de los sujetos que se encuadran dentro de un tiempo medio de enfermedad (Heijmans et al., 1998; Heijmans et al., 1999). En este periodo, las obligaciones laborales y familiares demandan gran dedicación y la enfermedad puede afectar las actividades cotidianas así como la manera de relacionarse con el medio, ya sea laboral, social y/o familiar. En este periodo suelen desarrollarse otros cuadros clínicos (Artritis, Espondilitis, Rectorragias, Piodermia, desnutrición, entre otros) (Pajares y Mate, 1993), así como aparecen los efectos secundarios de las terapias farmacológicas, especialmente de los corticoides (vello, estrías, problemas cutáneos, hipertensión, etc.), pudiendo ambos hechos incrementar la percepción de descontrol.

Respecto al primer periodo de padecimiento de la enfermedad (0 a 5 años), la esperanza en su superación, a través de las terapias médicas, puede modular las manifestaciones ansiosas. Así, los sujetos pueden desarrollar mayores expectativas de control de la enfermedad, confiando tanto en el personal sanitario como en el tratamiento farmacológico. Además, el proceso diagnóstico de esta dolencia es difícil y lento (Grandbastien et al., 1999), algunas veces cercano al año, y el hecho de ser diagnosticado puede suponer una gran reducción de la ansiedad y del temor provocado por la incertidumbre. Por otra parte, pacientes con 13 o más años de enfermedad tienen mayores probabilidades de haber desarrollado estrategias de afrontamiento adaptativas a una situación de enfermedad crónica, e incluso tener un mayor grado de aceptación y de información (Forbes, 1999).

El cuestionario ISRA proporciona información tanto de las respuestas como de las situaciones potencialmente generadoras de ansiedad. La muestra estudiada con el ISRA (escala fisiológica), informa que las respuestas de ansiedad fisiológica que mayormente parecen caracterizar a los pacientes con EII son las sensaciones corporales de nerviosismo, la sudoración (presentes en ambos cuestionarios), y otros como la diarrea, inquietud motora, sequedad de boca o dolor de cabeza. Respecto a las situaciones, de supervisión en el trabajo o estudio, pensar en el futuro, llegar tarde a una cita o por nada en concreto, parecen ser generadoras de ansiedad fisiológica en los sujetos con enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo, no ocurre lo mismo con las relaciones interpersonales.

Del análisis de los factores del ISRA, se desprenden una serie de situaciones que parecen estar más asociadas a las respuestas de ansiedad fisiológica de los sujetos con EII que para el grupo control. Así, se ha

observado que las situaciones que implican ser evaluado (ante una entrevista de trabajo) y en las que el individuo debe tomar decisiones o responsabilidades (como resolver un problema), o en las que aparecen como elementos centrales estímulos fóbicos (como viajar en avión o barco), e incluso situaciones relacionadas con el contexto y el quehacer diario y habitual del individuo (a la hora de dormir, en el trabajo), pueden ser percibidas más amenazantes. Estas situaciones parecen estar relacionadas con una mayor activación del sistema nervioso autónomo y del somático tal como se señala en la bibliografía (Izard, 1993; Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994; Cano Vindel y Fernández, 1999).

Si se observan los contenidos de los ítems y factores significativos del cuestionario ISRA, hacen referencia a las demandas/exigencias del medio. Se podría pensar que la ansiedad estaría asociada a la dificultad para dar respuesta a las exigencias del medio y/o a considerar que no pueden satisfacer las expectativas del otro. Estas posibles valoraciones podrían tener asociado el nivel de dificultad de la respuesta lo que podría situar al sujeto en una posición de ineficacia frente a las exigencias. Se podría concretizar en los niveles altos de perfeccionismo en la respuesta, que implica una gran responsabilidad y exigencia personal (nerviosismo, sudoraciones, inquietud motora, inmovilización y diarrea). Ambas posibilidades podrían influir desencadenando alteraciones somáticas que se focalizan sobre sí mismo.

Los resultados muestran que las características fisiológicas ansiosas de los sujetos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), se centran en la respuesta a las demandas del medio, lo que abre otras áreas de estudio potencialmente interesantes como sería el autoconcepto y la rigidez. El estudio de estos constructos contribuirían a

esclarecer las áreas psicológicas implicadas en la EII, así como a comprender la incidencia que el tiempo de enfermedad tiene. Sería pues necesario profundizar en estas líneas de trabajo en futuras investigaciones.

Referencias bibliográficas

- Addolorato, G., Capristo, E., Stefanini, GF. y Gasbarrini, G. (1997). Inflammatory Bowel Disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity and nutritional status. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32, 1013-1021.
- Addolorato, G., Stefanini, GF., Capristo, E., Caputo, F., Gasbarrini, A. y Gasbarrini, G. (1996). Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality "trait" or a reactive illness?. *Hepato-Gastroenterology*, 43 (12), 1513-1517.
- Cano Vindel, A. y Fernández, C. (1999). Perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial. *Asiedad y Estrés*, 5 (1), 25-35.
- Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, JJ. (1994). Psicología, medicina y salud. Número monográfico de la revista *Ansiedad y Estrés*, vol. 0.
- Céspedes, JM., Miguel Tobal, JJ. y Cano Vindel, A. (2000). The assessment of emotional disturbances in head-injured patients. *Psicothema*, 12(1), 99-106.
- Crohn, B., Ginzburg, L. y Oppenheimer, GD. (1932). Regional ileitis. A pathological and clinical entity. *JAMA*, 99.
- Davis, MC., Matthews, KA. y Twamley, EW. (1999). Is life more difficult on mars or venus?. A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 83-97.
- Duffy, LC., Zielesny, MA., Marshall, JR., Byers, TE., Weiser, MM., Phillips, JF., Calkins, BM., Ogra, PL. y Graham, S. (1991). Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behavioral Medicine*, 17, 101-110.
- Edwards, R., Augustson, EM. y Fillingim, R. (2000). Sex specific effects of pain related anxiety on adjustment to chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 16(1), 46-53.
- Forbes, MA. (1999). Hope in the older adult with chronic illness: A comparison of two research methods in theory building. *Advances in Nursing Science*, 22, 74-87.
- García Vega, E. y Fernández, C. (1998). Algunos factores predictores en la enfermedad de crohn. *Psicothema*, 10(1), 143-151.
- García Vega, E., Fernández, C. y Sanchez, JL. (1994). Behavioral profile of the patient with crohn's disease. *Rev Esp Enferm*, 86(5), 791-795.
- González, E. (1999). Diferencias de género en salud mental. *Psiquis*, 20(5), 9-16.
- Grandbastien, B., Gower-Rousseau, C., Merle, V., Dupas, JL., Yzet, T., Lerebours, E., Marti, R., Laine, I., Cortot, A. y Salomez, JL. (1999). Diagnostic management of patients with inflammatory bowel disease. *Revue-D-Epidemiologie-et-de-Sante-publique*. 47(1), 45-53.
- Greene, BR., Blanchard, EB. y Wan, CK. (1994). Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. *Behavior Research and Therapy*, 32(2), 217-226.
- Heijmans, M., De Ridder, D. y Bensing, J. (1999). Dissimilarity in patients and spouses representations of chronic illness: Exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and Health*, 14(3), 451-466.
- Heijmans, M. y De Ridder, D. (1998). Structure and determinants of illness representations in chronic disease: A comparison of Addison's disease and chronic fatigue syndrome. *Journal of Health Psychology*, 3(4), 523-537.
- Heretik, A., Korbasova, S., Matejckova, V. y Prikazska, M. (1994). Affective symptomatology in patients with non-specific inflammatory intestinal disease. *Ceska a Slovenska Psychiatrie*, 90(2), 91-96.
- Izard, CE. (1993). Organizational and motivational functions of discrete emotions. en M. Lewis y JM. Haviland (Eds). *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press.
- Kennedy, AP., Robinson, AJ., Thompson, DG. y Wilkin, D. (1999). Development of a guidebook to promote patient participation in the management of ulcerative colitis. *Health ans Social Care in the Community*, 7(3), 177-186.
- Kinsman, RA., Dirks, JF. y Jones, NF. (1982). Psychomaintenance of chronic physical illness. en Millon y Green (Ed). *Clinical Health Psychology*. N.Y: Plenum Press.
- Maunder, R. y Esplen, MJ. (1999). Facilitating adjustment to inflammatory bowel disease: A model of psychosocial intervention in non-psychiatric patients.

- Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(5), 230-240.
- Mendeloff, AL., Monk, M. y Siegal, CL. (1970). Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis. *New England Journal of Medicine*, 282, 14-17.
- Miguel Tobal, J., Casado, MI., Cano Vindel, A. y Spielberger, CD. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares. *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.
- Miguel Tobal, JJ. y Cano Vindel, A. (1997). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA* (4ª edición). Madrid: TEA.
- North, CS., Clouse, RE., Spitznagel, EL. y Alpers, DD. (1990). The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of the findings and methods. *American Journal of Psychiatry*, 147, 974-981.
- Olmstead, J. (1998). Evaluation and management of the patient with ulcerative colitis. *Gastroenterology Nursing*, 21(4), 176-180.
- Ondersma, S., Lumley, M., Corlis, M. y Tojek, T. (1997). Adolescents with Inflammatory Bowel Disease: the roles of negative affectivity and hostility in subjective vs objective health. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(5), 723-738.
- O'Sullivan, MA., Mahmud, N., Kelleher, DP., Lovette, E. y Morain, CA. (2000). Patient knowledge and educational needs in irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 12(1), 39-43.
- Pajares, JM. y Mate, J. (1993). "Virvir con colitis ulcerosa y enfermedad de crohn". Meditor S.L. Madrid.
- Pastor, MA., Lopez, S., Rodriguez, J. Martin, M. Terol, MC. y Pons, N. (1999). Percepción de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad y Estrés*, 5, 299-311.
- Porcelli, P., Leoci, C. y Guerra, V. (1996). A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, vol. 31(8), 792-796.
- Rowlinson, A. (1999). Inflammatory bowel disease. 3: importance of partnership in care. *British Journal of Nursing*, 8 (15), 1013-1018.
- Schwarz, SP., Blanchard, E., Berreman, CF., Scharff, L., Taylor, AE., Greene, B., Suls, JM. y Malamood, HS. (1993). Psychological aspects of irritable bowel syndrome comparisons with inflammatory bowel disease and nonpatient controls. *Behavioral Research and Therapy*, 31(3), 297-304.
- Schwartz, R. y Schwartz, I. (1982). Psychiatric disorders associated with crohn's disease. *Journal Psychiatry Medicine*, 12(1), 67-73.
- Schwartz, GE., Davidson, RJ. y Goleman, DJ. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatics Medicine*, 40, 321-328.
- Song, J., Merskey, H., Sullivan, E. y Noh, S. (1993). Anxiety and depression in patients with abdominal bloating. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(7), 475-479.
- Sperling, M. (1960). Symposium on disturbances of the digestive tract, II: unconscious phantasy life and object-relationship in ulcerative colitis. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 450-455.
- Spielberger, CD., Gorsuch, RI. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press Ed. Palo Alto, CA, USA.
- Stephens, A. y Kearsley, N. (1990). Cognitive and somatic anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 75-81.
- Tocchi, A., Lepre, L., Liotta, G., Mazzoni, G., Costa, G., Taborra, L. y Miccini, M. (1997). Familial and psychological risk factors of ulcerative colitis. *Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, vol. 29(5), 395-398.
- Von Wietersheim, J., Janstschek, G., Sommer, W. y Zawarehi, H. (1999). Education of patients with inflammatory bowel disease. *Wien –Med-Wochenschr*, 149(12), 352-4.
- Weiner, H. (1977). *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier-North Holland.
- Yorio, A., Pompilio, L., Marro, C., Leibovich, N. y Segura, E. (1998). Asimetrías EEG asociadas a variaciones cardiovasculares, rasgos de ansiedad y factores de personalidad. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 43-50.
- Zigmond, AS. y Snaith, RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 67, 361-370.