

Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales

M. A. Díaz Sibaja, M. I. Comeche Moreno¹, B. Mas Hesse¹

Área de Psicología Clínica. Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD). Algeciras, Cádiz. ¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la UNED. Madrid

RESUMEN

Introducción: los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales presentan una mayor tasa de alteraciones psicopatológicas que la población normal, predominantemente ansiedad y depresión.

Objetivo: el principal objetivo de este estudio fue diseñar, poner en práctica y validar un programa de tratamiento psicológico protocolizado, basado en el modelo de competencias y con una metodología psicoeducativa, en el que se incluyeron los siguientes módulos de intervención: información de la enfermedad, modelo de afrontamiento, solución de problemas, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de distracción y técnicas de reestructuración cognitiva. Todas estas técnicas fueron adaptadas a la problemática característica de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Método: la muestra estuvo constituida por 57 pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal de la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. La muestra se distribuyó aleatoriamente en dos grupos experimentales, 33 formaron parte del programa de tratamiento en grupo y 24 fueron asignados al grupo control en lista de espera. Las variables emocionales medidas fueron: ansiedad y depresión.

Resultados: los resultados reflejaron una mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables de ansiedad ($p < 0,001$) y depresión ($p < 0,001$), al compararlo con el grupo control en lista de espera. Asimismo, esa mejoría se mantiene en los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses.

Conclusión: el programa de tratamiento psicológico protocolizado y administrado en grupo resulta eficaz para disminuir la sintomatología emocional que puede presentarse como consecuencia del padecimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal. Tratamiento cognitivo conductual. Tratamiento protocolizado. Programa de tratamiento multicomponente. Crohn y colitis ulcerosa.

ABSTRACT

Introduction: patients affected by inflammatory bowel disease have a high rate of psychiatric disorders such as depression and anxiety.

Objective: the main goal of this study was to design, to put into practice, and to validate a protocolized psychological treatment program based on the coping model, and a psycho-educational methodology in which the following intervention modules were included- illness information, coping model, problem solving techniques, relaxation, social skill training, distraction, and cognitive restructuring techniques. All these techniques were adapted to the characteristic features of inflammatory bowel disease.

Method: the sample included 57 patients with inflammatory bowel disease from the Spanish Crohn's Disease and Ulcerative Colitis Association. The sample was randomly assigned to one of the two experimental groups -33 were assigned to the treatment group, and 24 were assigned to the waiting list control group.

Results: the results reflected a significant clinical and statistical improvement in anxiety ($p < 0.001$) and depression ($p < 0.001$) variables when compared to the waiting list control group. Likewise, improvement was sustained at 3, 6, and 12 months during follow-up.

Conclusion: the protocolized psychological treatment program, administered in group sessions, is effective in reducing emotional symptoms arising as a result of inflammatory bowel disease.

Key words: Inflammatory bowel disease. Cognitive-behavioural therapy. Protocolized treatment. Multi-component psychological treatment program. Crohn's disease and ulcerative colitis.

Díaz Sibaja MA, Comeche Moreno MI, Mas Hesse B. Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99: 593-598.

Recibido: 21-06-07.
Aceptado: 29-06-07.

Correspondencia: Miguel Ángel Díaz Sibaja. Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD). Pso. de la Conferencia, s/n. 11207 Algeciras, Cádiz. e-mail: diazsibaja@ono.com

INTRODUCCIÓN

Son muchos los autores que han indicado que los pacientes afectados por una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan una elevada tasa de trastornos psiquiátricos, tales como depresión y ansiedad (1-6).

La relación entre las EII y los trastornos emocionales se ha estudiado en un doble sentido. Algunas investigaciones han señalado que las alteraciones psicopatológicas varían y se agravan dependiendo del curso de la enfermedad, lo que podría estar sugiriendo que los trastornos psiquiátricos son secundarios a la enfermedad física (3,7), posiblemente debido a las repercusiones psicosociales que se producen como consecuencia de esta.

Por otro lado, estudios psicoimmunológicos recientes han demostrado que el padecimiento de la enfermedad afecta al incremento en la probabilidad de aparición de trastornos emocionales, y que estos, a su vez, afectan a la propia EII, haciendo, en muchas ocasiones, que empeore la sintomatología (8,9). Asimismo, se constata que los pacientes que se encuentran más deprimidos o ansiosos son los que más pronto y con mayor frecuencia recaen tras un periodo de remisión de síntomas (7,10). Estos autores observaron que los pacientes deprimidos tardaban una media de 97 días en experimentar una recaída, mientras que los no-deprimidos llegaban a estar 362 días en remisión.

La relación entre las EII y los factores psicosociales, así como la alta comorbilidad existente entre estos trastornos digestivos y las alteraciones psicopatológicas, ha llevado a algunos autores a desarrollar e implementar programas de intervención psicológicos (11-19), cuyo objetivo principal es el de enseñar a estos pacientes estrategias de afrontamiento efectivas que les permitan solucionar los trastornos psicológicos asociados, mejorar la calidad de vida y afrontar de manera más eficaz las demandas de la enfermedad.

El presente trabajo experimental se propone demostrar la eficacia de un programa de tratamiento psicológico protocolizado y administrado en grupo para disminuir la sintomatología emocional que puede presentarse como consecuencia del padecimiento de la EII. El grupo de tratamiento es comparado con un grupo control en lista de espera.

MÉTODO

Muestra

La evaluación inicial de esta investigación se realizó con una muestra de 57 pacientes diagnosticados de EII (34 con enfermedad de Crohn y 23 con colitis ulcerosa), pertenecientes a las asociaciones de enfermos de Crohn y colitis ulcerosa de España.

Los criterios de exclusión de la muestra fueron: menor de 18 años, estar en fase activa de la enfermedad al inicio de la intervención, encontrarse en tratamiento psicológico paralelamente a la intervención que se iba a realizar e índices de psicopatología severa en los cuestionarios cumplimentados al inicio del tratamiento.

La muestra se distribuyó aleatoriamente en dos grupos experimentales, 33 formaron parte del programa de tratamiento en grupo y 24 fueron asignados al grupo control en lista de espera.

Como puede apreciarse en la tabla I, la mortandad experimental a los 12 meses de seguimiento fue de aproximadamente el 50%. No obstante, este dato no puede ser considerado como frecuencia de abandono, ya que se debió a causas externas a los pacientes. El terapeuta que impartió el programa de tratamiento psicológico grupal en Cádiz abandonó el proyecto de investigación, por lo que sólo se pudo realizar el seguimiento de los 3 meses con estos pacientes.

Tabla I. Mortandad experimental en cada una de las fases de investigación

Grupo experimental	Evaluación inicial	Evaluación post-tratamiento	Evaluación 3 meses	Evaluación 6 meses	Evaluación 12 meses
Tratamiento en grupo	33	33	31	22	18
Grupo control	24	14	-	-	-
Total	57	47	-	-	-

Instrumentos de medida

— *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)* (20). Aunque el cuestionario consta de 9 escalas psicopatológicas y 3 índices generales de malestar, es importante señalar que sólo se realizaron los análisis estadísticos de la presente investigación con las escalas de Ansiedad y Depresión, utilizando el resto de las escalas como criterios de exclusión. Se contesta en base a una escala de 5 puntos (de 0 a 4), reflejando la frecuencia con la que se presentan cada uno de los síntomas en el transcurso de la última semana. El resultado viene reflejado en centiles y en puntuaciones T, con media 50 y desviación típica 10.

— *Cuestionario de depresión de Beck (BDI)* (21). Consta de 21 apartados, en los que el sujeto debe seleccionar una frase por apartado en función de su grado de identificación. El rango de la puntuación obtenida se encuentra entre 0 y 63, y los puntos de corte que se proponen para graduar los distintos niveles de depresión son: a) no depresivo o normales, puntuaciones entre 0 y 9; b) depresión leve, puntuaciones entre 10 y 18; c) depresión moderada, puntuaciones entre 19 y 29; y d) depresión grave, puntuaciones entre 30 y 63.

— *Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)* (22). Se utiliza para detectar estados de depresión y ansiedad en el marco de las consultas médicas externas. La escala consta de 14 ítems, en los que el paciente debe señalar la opción de respuesta con la que se siente más identificado. El resultado de la escala se refleja en dos puntuaciones: subescala de depresión y subescala de ansiedad. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas: a) de 0 a 7 = normal; b) de 8 a 10 = dudoso; y c) más de 11 = problema clínico.

Procedimiento

El estudio experimental estuvo formado por 5 fases: selección de la muestra, evaluación inicial (pre-tratamiento), tratamiento, evaluación de los efectos producidos por la intervención (post-tratamiento) y seguimientos a los 3, 6 y 12 meses.

Tratamiento en grupo

El programa de tratamiento completo comprendió un total de 10 sesiones presenciales en grupo, de dos horas de duración cada una de ellas y con una periodicidad semanal.

La estructura de cada una de las sesiones abarcaba los siguientes aspectos: a) revisión de las tareas y auto-registros de la semana anterior; b) explicación didáctica de los distintos factores que influyen en el trastorno; c) aprendizaje y práctica de cada una de las estrategias terapéuticas; y d) tareas y auto-registros para casa. Al finalizar cada una de las sesiones, se repartía a los pacientes un dossier en el que se resumían los aspectos más importantes de la sesión y las tareas que se aconsejaban para la semana.

Para la realización de esta investigación se elaboró un manual de tratamiento protocolizado, de 136 páginas, destinado a los terapeutas, en el que se describe detenida y pormenorizadamente todos los registros, ejercicios, dinámicas grupales, tareas para casa y explicaciones que el terapeuta debería dar en cada una de las 10 sesiones de intervención. Asimismo, se grabó para la ocasión y se proporcionó a los pacientes un CD de relajación para que les sirviera como guía y les facilitara el aprendizaje de las distintas técnicas de disminución de la activación.

A continuación se resume brevemente el contenido de cada una de las sesiones.

—*Primera sesión*: información más relevante de la EII: características, causas, síntomas, diagnóstico y posibilidades de tratamiento.

—*Segunda sesión*: modelo de afrontamiento (análisis de los factores que influyen en la enfermedad y explicación de las distintas estrategias de afrontamiento).

—*Tercera sesión*: estrategia de solución de problemas. Así mismo, se empezó a practicar la técnica de “respiración tranquilizadora”.

—*Cuarta sesión*: entrenamiento en “relajación muscular progresiva”.

—*Quinta sesión*: módulo de habilidades sociales. Los objetivos eran: introducir el concepto de asertividad, eliminar los obstáculos que pudieran interferir en la comunicación asertiva y mejorar la comunicación entre el paciente y el médico.

—*Sexta y séptima sesión*: técnicas de habilidades sociales, dirigidas a mejorar las relaciones que mantenían con otras personas, con familiares y amigos. Así mismo, se les enseñó a utilizar técnicas de distracción de la atención, con el fin de disminuir las sensaciones subjetivas de malestar generadas por los síntomas.

—*Sesión octava y novena*: procedimiento de reestructuración cognitiva, se enseñó a los pacientes a registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos que generan sentimientos de ansiedad y depresión.

—*Última sesión*: esta sesión perseguía el objetivo de hacer que los pacientes asumieran que eran una parte activa, responsable e importantísima en el tratamiento de su enfermedad, y que las estrategias que habían aprendido en el transcurso de las sesiones podían ser utilizadas, no sólo para los problemas relacionados con la enfermedad, sino también con cualquier otro problema de la vida diaria.

Grupo control

El grupo control permaneció realizando los auto-registros diarios, a la espera de cumplimentar de nuevo los cuestionarios correspondientes a la fase de post-test y comenzar con el programa de intervención grupal.

RESULTADOS

Al no cumplir con los criterios de bondad de ajuste y homogeneidad de las varianzas, se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Friedman. Dicha prueba permite analizar las diferencias que se producen en cada una de las variables en las distintas fases experimentales (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos a los 3, 6 y 12 meses).

Los análisis comparativos entre ambos grupos se realizaron mediante el coeficiente de correlación Eta, pero sólo durante las fases de pre-test y post-test, debido a los problemas éticos que suponía mantener esperando al grupo control durante los 3, 6 y 12 meses que duraba la fase de seguimiento.

Como se aprecia en la tabla II, los resultados obtenidos con el grupo de tratamiento reflejan una mejoría estadísticamente significativa de las variables emocionales después de haber finalizado la intervención. Asimismo, dicha mejoría se mantiene en casi todas las variables en los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses.

Por lo que respecta al grupo control, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables entre la fase de pre-tratamiento y la fase de post-tratamiento, produciéndose en algunos casos un empeoramiento en los síntomas emocionales.

En cuanto a las diferencias entre los dos grupos, cabe decir que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

La tabla III muestra la significación clínica de las diferencias observadas en las variables emocionales después de la aplicación del tratamiento, que se refleja en la disminución del porcentaje de pacientes que se encuentran dentro de las categorías de puntuación indicadoras de patología, y un incremento en el porcentaje que se encuentran dentro de la normalidad.

Tabla II. Comparaciones en las variables de depresión y ansiedad entre el grupo de tratamiento y el grupo control

Variables emocionales	Media	Grupo	Antes		Después		3 meses		6 meses		12 meses		Sig. Friedman	
			Media	Eta	Media	Friedman	Eta	Media	Friedman	Media	Friedman	Media		Friedman
Depresión	BDI	Tratamiento (n = 33)	13,9	0,29	6,88	0,001*	0,53	7,19	0,001*	7,50	0,005*	9,16	0,09	0,002*
		Control (n = 14)	7,71		8,21	0,78		-	-	-	-	-	-	-
	HAD-D	Tratamiento (n = 33)	6,30	0,45	3,5	0,0001*	0,67	4,19	0,003*	4,45	0,003*	4,83	0,02*	0,002*
		Control (n = 14)	4,36		4,07	0,41		-	-	-	-	-	-	-
	SCL-90-D	Tratamiento (n = 33)	1,51	0,13	0,82	0,0001*	0,62	0,80	0,0001*	0,84	0,02*	0,84	0,01*	0,0001*
		Control (n = 14)	0,81		0,84	0,56		-	-	-	-	-	-	-
Ansiedad	HAD-A	Tratamiento (n = 33)	9,62	0,06	6,03	0,0001*	0,66	6,54	0,0001*	7	0,25	5,83	0,002*	0,0001*
		Control (n = 14)	6,36		5,57	0,37		-	-	-	-	-	-	-
	SCL-90-A	Tratamiento (n = 33)	1,07	0,54	0,57	0,001*	0,91	0,61	0,001*	0,60	0,01*	0,56	0,008*	0,03*
		Control (n = 14)	0,75		0,59	0,25		-	-	-	-	-	-	-

Sig. Friedman: * = $p \leq 0,05$; se acepta diferencia entre las distintas fases experimentales; Friedman: * = $p \leq 0,05$; se acepta diferencia entre el pre-test y cada uno de los seguimientos posteriores; Coeficiente Eta: * = $p \leq 0,05$; se acepta diferencia entre los grupos.

Tabla III. Distribución de los pacientes por categorías de puntuación en cada una de las variables emocionales medidas (grupo de tratamiento)

Variables emocionales	Media	Categorías	Antes		Después		3 meses		6 meses		12 meses	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión	BDI	Normal	34	50	33	72,7	31	67,7	22	68,2	18	61,1
		D. leve		23,5		21,2		29	31,8		38,9	
		D. moderada		20,6		6,1		3,2		0		0
		D. grave		5,9		0		0		0		0
HAD-D	Normal	34	64,7	33	90,9	31	87,1	22	95,5	18	77,8	
	Dudoso		17,6		3		9,7		4,5		16,7	
	Clínico		17,6		6,1		3,2		0		5,6	
SCL-90	Bajo	34	2,9	33	21,2	31	22,6	22	13,6	18	16,7	
	Normal		41,2		63,9		58,1		68,2		61,1	
	Alto		55,9		15,2		19,4		18,2		22,2	
Ansiedad	HAD-A	Normal	34	29,4	33	72,7	31	61,3	22	63,6	18	66,7
		Dudoso		35,3		18,2		32,3		18,2		16,7
		Clínico		35,3		9,1		6,5		18,2		16,7
	SCL-90	Bajo	34	11,8	33	30,3	31	35,5	22	36,4	18	38,9
		Normal		38,2		39,4		38,7		45,5		33,3
		Alto		50		30,3		25,8		18,2		27,8

DISCUSIÓN

El primer aspecto que se discutirá en relación a las variables emocionales es el elevado porcentaje de pacientes que presenta alteraciones psicopatológicas asociadas con la EII, sobre todo ansiedad y depresión.

Los resultados del presente estudio reflejan que el porcentaje de pacientes que se encontraba deprimido al inicio del programa de tratamiento era muy elevado. En este sentido, algo más del 50% de los enfermos presentaban

puntuaciones por encima de la normalidad en el inventario de depresión de Beck (BDI) y en la escala de depresión del SCL-90-R (50 y 55,9% respectivamente). Al utilizar la escala de depresión del HAD, el porcentaje de la muestra que obtuvo puntuaciones indicativas de sintomatología depresiva fue algo menor, siendo en este caso un 35,2%.

Estos resultados están en consonancia con lo descrito en la literatura científica, en un doble sentido. Por un lado, coinciden en señalar la elevada comorbilidad existente entre la EII y los trastornos depresivos, obteniéndose

se porcentajes en depresión similares a los descritos por Blanchard y cols. (1), North y Alpers (2) y Díaz-Sibaja y cols. (6). Por otro lado, se observa que el porcentaje de depresivos es menor cuando se utiliza la escala de depresión del HAD, coincidiendo en este sentido con lo descrito por Guthrie y cols. (4). La diferencia de porcentaje en depresión, al comparar los resultados obtenidos con el BDI o con el HAD, podría estar indicando que utilizar sólo el BDI como instrumento de medida de la depresión de estos pacientes podría llevar a una sobreestimación de los niveles de depresión, ya que dicho inventario contiene ítems que miden aspectos biológicos, tales como la pérdida de peso, cansancio, pérdida de apetito, etc., síntomas, todos ellos, propios de la EII y posiblemente no motivados por un trastorno depresivo.

Por lo que respecta a los trastornos de ansiedad, los datos de esta investigación han constatado que entre un 17,6 y un 58,8% de los pacientes (dependiendo de la prueba utilizada) presentan síntomas indicativos de niveles de ansiedad elevados. Estos resultados son similares a los descritos en la revisión efectuada por García-Vega (23), de la cual se señala que alrededor de un tercio de los enfermos presentan trastornos emocionales, predominantemente relacionados con la ansiedad o la depresión.

El aspecto más relevante de la discusión en relación a las variables emocionales se refiere al hecho de que el programa de tratamiento psicológico protocolizado resultó eficaz para producir y mantener (a los 3, 6 y 12 meses) una mejoría significativa en todas las variables emocionales medidas, tanto en depresión como en ansiedad. Los resultados han demostrado que los pacientes que realizaron el programa de tratamiento psicológico se encontraban menos deprimidos y ansiosos al finalizar la intervención psicológica.

La eficacia que el programa de tratamiento psicológico ha demostrado para producir una mejoría clínica y estadísticamente significativa de los síntomas emocionales se explicaría por el hecho de que enseña a los pacientes una serie de estrategias efectivas para afrontar las demandas de la enfermedad, posibilitando una mejor adaptación a la misma, un incremento en la calidad de vida y una disminución de los posibles trastornos psicológicos (23).

En líneas generales, las estrategias de afrontamiento que se relacionan con un mejor pronóstico de la EII son aquellas que conllevan un afrontamiento activo, como, por ejemplo, la búsqueda de soluciones, el autocontrol y los pensamientos de autoayuda, la búsqueda del apoyo social, la aceptación y adaptación a la enfermedad y la realización de actividades gratificantes (24).

El uso de este tipo de estrategias, que se consideran positivas para la adaptación del paciente a la enfermedad, se ha relacionado también con menores puntuaciones en depresión y con una mejor calidad de vida del paciente (6).

En definitiva, parece razonable concluir que el programa de tratamiento psicológico resultó eficaz para producir una mejoría en las variables emocionales por los siguientes motivos: a) porque se han utilizado técnicas

terapéuticas de probada eficacia para el tratamiento de los trastornos emocionales, las cuales producen cambios muy favorables a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y conductual (25); y b) se proporcionó a los pacientes una serie de estrategias de afrontamiento, tales como la relajación, la reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales, que resultan eficaces para atender a las demandas de la enfermedad con un menor coste emocional y mejorar la calidad de vida.

Dada la fácil aplicación del presente programa y sus óptimos resultados, la utilización de la intervención psicológica podría redundar en una reducción de costes para la Salud Pública. No obstante, sería recomendable la realización de futuras investigaciones que determinaran la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa de tratamiento multicomponente y un análisis de coste-beneficios que permitieran avalar dicha afirmación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanchard EB, Scharff L, Schwarz SP, Suls JM, Barlow DH. The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 1990; 28 (5): 401-5.
2. North CS, Alpers DH. A review of studies of psychiatric factors in Crohn's disease: Etiologic implications. *Ann Clin Psychiatry* 1994; 6 (2): 117-24.
3. Simren M, Axelsson J, Gillberg R, Abrahamsson H, Svedlund J, Bjornsson ES. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 (2): 389-96.
4. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 (8): 1994-9.
5. Díaz-Sibaja MA, Comeche MI, Mas Hesse B, Vallejo Pareja MA. Estrategias de afrontamiento y adaptación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Ansiedad y Estrés* 2002; 8 (2-3): 211-24.
6. Díaz-Sibaja MA, Comeche MI, Mas Hesse B. Inflammatory bowel disease: depression and coping strategies. *Turk Psikiyatri Derg* World Psychiatric Association 2006; 17 (2): 248.
7. Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L, et al. The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22 (2): 101-10.
8. Kim YK, Suh IB, Kim H, Han CS, Lim CS, Choi SH, et al. The plasma levels of interleukin-12 in schizophrenia, major depression, and bipolar mania: Effects of psychotropic drugs. *Mol Psychiatry* 2002; 7 (10): 1107-14.
9. Schwarz MJ, Chiang S, Muller N, Ackenheil M. T-helper-1 and T-helper-2 responses in psychiatric disorders. *Brain Behav Immun* 2002; 15 (4): 340-70.
10. Mittermaier C. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med* 2004; 66 (1): 79-84.
11. Susen GR. Experienced changes of various behaviours through autogenic training. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1978; 24(4): 379-83.
12. Joachim G. The effects of two stress management techniques on feelings of well-being in patients with inflammatory bowel disease. *Nursing Papers* 1983; 15: 5-18.
13. Wakeman RJ, Mestayer RF. Stress-related disorders. *Postgraduate Medicine* 1985; 77(6): 189-94.

14. Milne B, Joachim G, Niedhardt J. A stress management programme for inflammatory bowel disease. *J Adv Nurs* 1986; 11: 561-7.
15. Shaw L, Ehrlich A. Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain* 1987; 29: 287-93.
16. Schwarz SP, Blanchard EB. Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther* 1991; 29 (2): 167-77.
17. García Vega E. Intervención psicológica en la enfermedad de Crohn. *Análisis y Modificación de Conducta* 1995; 21 (75): 99-121.
18. García Vega E, Fernández Rodríguez C. A stress management programme for Crohn's disease. *Behav Res Ther* 2004; 42 (4): 367-83.
19. Díaz-Sibaja MA, Comeche MI, Mas Hesse B, Díaz García MI. Multi-Component psychological group treatment of inflammatory bowel disease. *Turk J Psikiyatri Derg*, World Psychiatric Association 2006; 17 (2): 315.
20. González de Rivera C, Cuevas C, Rodríguez Abuín M, Rodríguez Pulido F. SCL-90-R: Manual del Cuestionario de 90 Síntomas de Leonard R. Derogatis. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
21. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. *Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica*; 1991.
22. Zingmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
23. García Vega E. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la enfermedad inflamatoria intestinal. En: Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I, coordinadores. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámide; 2003.
24. Schmitt GM. Personal values and goal orientation in chronically ill adolescents and young. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997; 47 (6): 189-97.
25. Pérez Álvarez M, García Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 2001; 13 (3): 493-510.