



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

TUTOR:
KENDUAR GALVIZ

AUTOR:
HEILING ALTUVE
ANALI MATOS

CARACAS, FEBRERO DE 2017



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento Psicología Clínica

Análisis de los Factores Psicológicos Asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal
(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

TUTOR:

Kenduar Galviz

AUTOR:

Heiling Altuve ¹

Anali Matos ²

Caracas, Febrero de 2017

¹HeilingAltuve, Tesista del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Correo:altuve.1471@gmail.com

²Anali Matos, Tesista del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Correo: analimatos@gmail.com

Agradecimientos

Al Hospital Vargas de Caracas y al Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani por abrirnos sus puertas y permitirnos apropiarnos de sus espacios durante varias semanas. A profesores de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela por su guía en este camino.

A nuestras Familias, Amigos, Jefes y Compañeros de trabajo, por la flexibilidad, el apoyo y el interés constante en relación a la evolución de nuestra investigación.

Finalmente gracias a Ribes por abrirnos una ventana de conocimiento.



Resumen

Análisis de los Factores Psicológicos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Altuve, H¹ y Matos, A².

Tutor: Galviz, K³.

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal compuesta por: Colitis Ulcerosa (CU) y Crohn (EC), siguen siendo entidades de etiología desconocida, los factores médicos asociados a la EII, están claramente identificados y definidos, por lo que la presente investigación buscó analizar los factores psicológicos. El grupo estudiado fue de 28 personas con diagnóstico de EII, 6 de ellas con EC y 22 con CU, pacientes del Hospital Vargas de Caracas y del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. El método de recolección de información utilizado fueron los test proyectivos: Wartegg y Figura Humana Bajo la Lluvia, así como entrevista semiestructurada; el estudio de los datos recolectados se realizó a través del método estadístico de Análisis de Frecuencias. El funcionamiento global encontrado en pacientes con EII así como sus áreas de afectación psicológica se encuentra caracterizado por: presencia de apoyo familiar y social, sin afectación en esta última, el área laboral y sexual se ven comprometidas, los pacientes muestran recursos intelectuales, fatiga, un manejo inadecuado de la ansiedad y sin estrategias de afrontamiento, y se perciben a sí mismos de manera negativa. Las personas que padecen EC se diferencian de los resultados generales en cuanto a la presencia de afectación en el área social para el 50% del grupo, así mismo el 83% de la muestra presenta estrategias de afrontamiento; mientras que en el caso de los CU se encontraron opiniones divididas con respecto al área social y la percepción de apoyo por parte de personas significativas. Al explorar la percepción de eventos psicológicos estresores y su incidencia como factor desencadenante de la EII, se encontró que el duelo era el principal factor que estos pacientes identifican como desencadenante de la enfermedad.

Palabras clave: Gastroenterología, Psicología, enfermedad inflamatoria intestinal, factores psicológicos.

¹Heiling Altuve, altuve.1471@gmail.com; ²Anál Matos, analimatos@gmail.com; ³ Kenduar Galviz, ke.galviz1@gmail.com



Abstract

Analysis of the Psychological Factors Associated with Inflammatory Bowel Disease

Altuve, H¹ y Matos, A².

Tutor: Galviz, K³.

Inflammatory Bowel Disease (IBD), Ulcerative Colitis (UC) and Crohn's disease (CD), remain unknown entities of unknown etiology. The present research sought to analyze the psychological factors associated with IBD; because the medical factors are clearly identified and defined. The investigation was performed with 28 patients of the Dr. José María Vargas de Caracas Hospital and the Dr. Domingo Luciani Hospital, 6 of them with Crohn's disease and 22 with UC. Projective tests were applied as a method of information collection: Wartegg, Human Figure in the Rain and semi-structured interview; the data collected were studied using the statistical method of Frequency Analysis. The global functioning found in patients with IBD, as well as their areas of psychological involvement is characterized by: presence of family and social support, without affectation in the latter, the work and sexual area are compromised, patients show intellectual resources, fatigue, inadequate management of anxiety and without coping strategies, and perceive themselves in a negative way. People with CD are different from the general results regarding the presence of affectation in the social area for 50% of the group, and 83% of the sample presents coping strategies; while in the case of UC, divided opinions were found regarding the social area and the perception of support by significant individuals. Exploring the perception of psychological stressors and their incidence as a trigger for IBD, grief was found to be the main factor identified by these patients as a trigger for IBD.

Keywords: Gastroenterology, Psychology, inflammatory bowel disease, psychological factors.

¹Heiling Altuve, altuve.1471@gmail.com; ²Analí Matos, analimatos@gmail.com; ³ Kenduar Galviz, ke.galviz1@gmail.com

ÍNDICE

Agradecimientos	iii
Resumen.....	iv
Abstract	v
I. Introducción	1
II. Marco Referencial	4
Conceptualización de la EII	4
Prevalencia de la EII	5
Etiopatogenia de la EII.....	6
Investigaciones antecedentes.....	8
III. Planteamiento del problema	17
IV. Objetivos	21
V. Método	22
Tipo de Investigación.....	22
Diseño de Investigación.....	23
Dimensiones exploradas.....	23
Materiales.....	26
Instrumentos de recolección de información.....	26
Test de Wartegg	27
Test de la persona bajo la lluvia	27
Recursos	29
Recursos Humanos.....	29
Recursos no humanos.....	29
Procedimiento	30
Fase Preparatoria.....	30
Fase individual	33
Fase de análisis.....	33
VI. Resultados	34

VII. Discusión y Conclusiones.....	52
VIII. Limitaciones y recomendaciones	55
X. ANEXOS.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	34
<i>Distribución de pacientes con EII: por tipo de enfermedad: EC- CU y por Sexo.</i>	34
Tabla 2.	35
<i>Área Familiar: distribución de pacientes que perciben apoyo / no apoyo. Reportados en la Entrevista.</i>	35
Tabla 3.	36
<i>Área Social: distribución de pacientes que perciben apoyo/no apoyo y afectación/no afectación. Reportados en la Entrevista.</i>	36
Tabla 4.	38
<i>Área Laboral: distribución de pacientes con afectación / no afectación. Reportados en la Entrevista.</i> 38	
Tabla 5.	39
<i>Área Sexual: distribución de pacientes con afectación / no afectación. Reportados en la Entrevista.</i> . 39	
Tabla 6.	40
<i>Evento desencadenante: distribución de pacientes que perciben duelo / preocupaciones continuas como desencadenante de la EII.</i>	40
Tabla 7.	42
<i>Manejo de la ansiedad: distribución de pacientes con manejo adecuado / inadecuado. Reflejado en el Test de Wartegg.</i>	42
Tabla 8.	43
<i>Fatigabilidad: distribución de pacientes con fatiga / no fatiga. Reflejado en el Test de Wartegg.</i>	43
Tabla 9.	45
<i>Recursos Intelectuales: distribución de pacientes que presentan recursos/ carecen de recursos. Reflejado en el Test de Wartegg.</i>	45
Tabla 10.	46
<i>Autopercepción: distribución de pacientes con autopercepción positiva/ negativa reflejado en el Test de Figura Humana Bajo la Lluvia.</i>	46
Tabla 11.	48

<i>Percepción del evento estresor: distribución de pacientes con percepción de situación estresante y presión reflejada en el Test de Figura Humana Bajo la Lluvia.</i>	48
Tabla 12.	50
<i>Afrontamiento: distribución de pacientes que afrontan de manera adecuada / inadecuada reflejada en el Test de Figura Humana Bajo la Lluvia.</i>	50

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Distribución de pacientes con EII: por tipo de enfermedad: EC- CU y por Sexo.....	34
<i>Figura 2.</i> Distribución de las edades de pacientes con EII.	35
<i>Figura 3.</i> Área Familiar: distribución de pacientes que perciben apoyo / no apoyo.....	36
<i>Figura 4.</i> Área Social: distribución de pacientes que perciben apoyo / no apoyo y afectación/no afectación.	37
<i>Figura 5.</i> Área Laboral: distribución de pacientes con afectación / no afectación	38
<i>Figura 6.</i> Área Sexual: distribución de pacientes con afectación / no afectación.....	39
<i>Figura 7.</i> Evento Desencadenante: distribución de pacientes que perciben duelo / preocupaciones continuas como desencadenante de la EII.....	41
<i>Figura 8.</i> Manejo de la Ansiedad: distribución de pacientes con manejo adecuado / inadecuado.	42
<i>Figura 9.</i> Fatigabilidad: distribución de pacientes con fatiga / no fatiga.....	43
<i>Figura 10.</i> Fatigabilidad: distribución de pacientes con fatiga / no fatiga según el tiempo de diagnóstico reflejado en el Test de Wartegg.....	44
<i>Figura 11.</i> Recursos Intelectuales: distribución de pacientes que presentan recursos/ carecen de recursos.	45
<i>Figura 12.</i> Autopercepción: distribución de pacientes con autopercepción positiva/ negativa.	47
<i>Figura 13.</i> Percepción del evento estresor: distribución de pacientes con percepción de situación estresante y presión.	48
<i>Figura 14.</i> Afrontamiento: distribución de pacientes que presentan adecuado / inadecuado afrontamiento	50

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha Técnica para la aplicación del Test Proyectivo Wartegg 60

Anexo 2. Test Proyectivo Wartegg 61

Anexo 3. Ficha Técnica para la aplicación del Test Proyectivo Figura Humana Bajo la Lluvia 62

Anexo 4. Guión de Entrevista Semi-estructurada 63

Anexo 5. Guión de Entrevista de Validación de Wartegg 64

I. Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno de carácter crónico caracterizado por la presencia de inflamación en las paredes del tracto gastrointestinal, la EII incluye dos entidades: la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC). Las manifestaciones clínicas de ambas enfermedades son: diarrea con o sin sangrado, dolor abdominal, fiebre, pérdida gradual de peso, pérdida de apetito, mucosidad en las heces, cansancio y anemia. Además de estas manifestaciones clínicas existen otras de carácter extraintestinal tales como: inflamación de los nódulos de la piel, artritis, pérdida progresiva de la agudeza visual y ulceraciones cutáneas. Ambas entidades contribuyen a la demarcación de una patología colorectal, por su cronicidad, severidad, evolución con recaídas, complicaciones, alta morbilidad quirúrgica, limitada eficacia terapéutica, deterioro de la calidad de vida de quien las padece, y un riesgo mayor de desarrollar cáncer colorectal (Gonzalez, 2016).

En los últimos años, la incidencia y prevalencia de las EII ha aumentado de forma considerable tanto en países desarrollados como en subdesarrollados. No obstante, los datos epidemiológicos son escasos y poco concluyentes por diversas razones. Algunas de ellas se encuentran relacionadas a la dificultad de llegar a un diagnóstico preciso en las primeras instancias de la enfermedad, a la carencia de estudios y divulgación de los mismos a toda la comunidad de médicos y profesionales de la salud en general, a las características propias de las enfermedades intestinales tal como la amibiasis con alta incidencia en Centro y Suramérica, así como a la dificultad de acceso a sistemas de salud que proporcionen atención, prevención e insumos para recidivas y remisión de estas enfermedades (Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de EII, 2013)

La EII es considerada como una patología de etiología compleja y multifactorial, en donde distintos agentes pueden explicar la aparición de esta enfermedad intestinal. Algunos factores reportados por investigaciones afirman que agentes infecciosos, genéticos e inmunológicos son los responsables del surgimiento de la enfermedad (Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de EII, 2013); no obstante, otros factores que

aparentemente influyen en la aparición y evolución son los medio-ambientales y psicosociales (Gonzalez, 2016).

Si bien está comprobada la incidencia de estos factores en el surgimiento de la enfermedad, la mayoría de los pacientes identifican el estrés como causante principal de la aparición de la misma o de una recaída. El estrés psicológico ha sido asociado con el aumento de la actividad en la enfermedad, considerando a la EII como una fuente generadora de estrés (Rey, 2010). Partiendo de lo anterior, Gonzales (2016) plantea que la EII en sí misma, puede ser un factor potencial que interfiere en la calidad de vida del paciente, que no depende únicamente de la severidad de sus síntomas, sino también de la presencia de variables psicosociales, que hasta ahora no se sabe si emergen previo al desarrollo de la EII o son consecuencias de éstas.

Al no esclarecerse la relación entre los factores psicosociales y su repercusión en el campo de la EII, así como la posibilidad de establecer conclusiones definitivas sobre la influencia e impacto de dichos factores en la enfermedad, se observa un aumento considerable en el interés de realizar investigaciones acerca del rol que juegan los aspectos psicológicos en el padecimiento de este tipo de patologías (Gonzalez, 2016). Por tal, la presente investigación se planteó la necesidad de explorar cuál es el funcionamiento psicológico global y las áreas de afectación psicológica de pacientes con EII en el área hospitalaria, específicamente en el Hospital Vargas de Caracas y el Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani.

Como parte de los instrumentos de recolección de información se utilizaron test proyectivos y entrevista semiestructurada. Mediante el uso de los test proyectivos Wartegg y Figura Humana Bajo la Lluvia se recolectó información relacionada con las características de personalidad, los estilos de afrontamiento, así como los recursos que tenían las personas en cuanto a intelecto, manejo de ansiedad y emociones. Por su parte, la entrevista semiestructurada permitió explorar el funcionamiento global del paciente en las áreas principales de vida, tales como: familiar, social, laboral y sexual; también se obtuvo información sobre eventos antecedentes como posibles desencadenantes de la EII.

A partir de la información recabada, se categorizó en dimensiones que dan cuenta del funcionamiento general del paciente, y que permiten obtener una descripción amplia de las características psicológicas que presentan personas con diagnóstico de EII, así como el impacto que dichas características tienen en la vida del paciente.

II. Marco Referencial

Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Conceptualización de la EII

Las enfermedades inflamatorias del intestino (EII) son trastornos crónicos en los que se inflama y destruye el tejido intestinal de forma periódica y recurrente. Esta variabilidad del curso clínico está influenciada por la genética, factores medioambientales y el sistema inmunológico (Tobón, Vinaccia, Quinceno, Sandin y Núlez, 2007). Las principales manifestaciones clínicas son diarrea con sangre, asociado a síntomas de dolor abdominal, cólico, tenesmo, urgencia, pérdida de peso, síntomas sistémicos como anorexia, fiebre y mala absorción de nutrientes (Sihues, Añez, Lizarzabal, Rangel, Fernández, Romero, Latuff y Serrano, 2008).

Según la Sociedad Venezolana de Gastroenterología las dos entidades más importantes de la EII son la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). Las dos enfermedades se caracterizan por ser crónicas, de larga duración y tener periodos intermitentes de remisión y exacerbación (Pearson, 2004 c.p. Tobón, Vinaccia, Quinceno, Sandin y Núlez, 2007).

La EC es un tipo de EII transmural, que puede lesionar en forma segmentaria cualquier zona del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano. Las áreas más afectadas son el íleon terminal y el ciego. Con frecuencia la EC no involucra al recto, lo cual constituye un aspecto diferenciador con la CU. Debido a la afección transmural hasta un 20-40% tienen riesgo de presentar enfermedad fistulizante, así como abscesos y estenosis. Por su parte, la CU afecta de forma difusa la mucosa del colon comenzando habitualmente en el recto, extendiéndose en sentido proximal y de forma continua hasta el ciego (pancolitis) deteniéndose de forma brusca en la válvula ileocecal (Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de EII, 2013). La expresión clínica de estas dos enfermedades se da mediante síntomas como: diarrea con o sin sangre, dolor abdominal, retorcijones, pérdida de peso y fiebre (Tobón, Vinaccia, Quinceno, Sandin y Núlez, 2007).

Prevalencia de la EII

Según la Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de EII (2013) es llamativa la disparidad en la prevalencia y la incidencia para la EII entre países desarrollados y subdesarrollados, siendo más frecuente en los primeros. Las incidencias más altas se encuentran en Europa occidental y Norteamérica.

A nivel mundial, la prevalencia de la EII se ubica alrededor de los 396×10^5 habitantes. Ésta varía de acuerdo al área geográfica según se ha reportado en revisiones recientes, habiéndose observado un aumento en áreas tradicionalmente de baja prevalencia como Europa del Este y Asia. En Estados Unidos se ha calculado una incidencia de CU de 7-12/100.000 habitantes/año. En el Reino Unido la incidencia es de 10-20/100.000 habitantes/año, con una prevalencia de 100-200/100.000 habitantes. En Asia y Suramérica se ha publicado una incidencia de 0,08/100.000 habitantes/año. En relación a EC en Estados Unidos se ha calculado una incidencia de 5-11/100.000 habitantes/año, contabilizándose 480.000 casos con una prevalencia de 50/100.000. En el Reino Unido la incidencia es 5-10/100.000 con una prevalencia de 50-100/100.000 habitantes. En Asia y Suramérica se ha publicado una incidencia de 0,5/100.000 habitantes/año (Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de EII, 2013).

La CU tiene dos picos de presentación: entre 15 y 30 años y entre 50 y 70 años de edad. Es más frecuente en judíos ashkenazi con igual proporción entre sexo masculino y femenino, 12 a 15% en gemelos y 3 a 5% en familiares, sugiriendo alguna predisposición genética. La EC afecta por igual a ambos sexos (Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de EII, 2013).

Los datos epidemiológicos de la EII en poblaciones hispánicas son escasos, y a pesar que se han publicado estudios de Colombia, Puerto Rico y Brasil, es posible que se encuentre todavía lejos de conocer la prevalencia real de esta enfermedad en Centro y Suramérica. La precariedad de los sistemas de información de los servicios nacionales de salud, la alta prevalencia de enfermedades infecciosas intestinales, el carácter insidioso de los síntomas de

la EII, la carencia de medios diagnósticos en algunas áreas geográficas, así como la poca familiaridad de los médicos con esta enfermedad, hacen del estudio epidemiológico de la EII en países en vías de desarrollo un verdadero reto (Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de EII, 2013).

Etiopatogenia de la EII

La EII es una patología altamente compleja y poligénica, de etiología parcialmente conocida. Factores probados y en investigación parecen conjugar la mediación del daño tisular, estos son: infecciosos, genéticos e inmunológicos. Se describen además, factores medio-ambientales y psicosociales que aparentemente influyen en la aparición y evolución de esta enfermedad (Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de EII, 2013).

Factores infecciosos

La mucosa intestinal es hábitat permanente de microorganismos comensales que se distribuyen a lo largo de todo el lumen del intestino. Se estima la existencia de al menos 500 especies de bacterias y varias especies de hongos que se mantienen en este hábitat sin causar inflamación de la misma. Es precisamente la interacción entre la población microbiana y la respuesta inmunológica local del hospedero lo que restringe la posibilidad de injuria de la mucosa por lo que la disrupción de este equilibrio puede darse por la alteración de esta interacción.

Factores genéticos

Los estudios basados en población demuestran que el riesgo de sufrir EII es 8 a 10 veces mayor en familiares de pacientes con EC y CU. La concordancia de enfermedad entre gemelos monocigóticos y dicigóticos apunta a que factores genéticos inciden en la predisposición hacia esta enfermedad a tal punto que ya se identifican genes asociados a EC y a CU, así como polimorfismos que recaen en alelos del complejo principal de histocompatibilidad clase II.

Factores inmunológicos

La EII es el resultado de la activación de una respuesta inmunológica inapropiada que perpetúa la cascada inflamatoria.

Factores medio-ambientales

1. Tabaquismo

Numerosos estudios han demostrado una correlación negativa entre el hábito tabáquico y la presencia o exacerbaciones de la CU. Por el contrario, en EC el fumar agrava la evolución de la enfermedad con la aparición de fístulas y estenosis, falla al tratamiento y mayor número de indicaciones quirúrgicas en aquellos pacientes que ya se encontraban en remisión.

2. Factores Dietéticos

La mayoría de los estudios que tratan de asociar dieta y EII emplean metodología confusa y de difícil interpretación por lo que no existe una conclusión definitiva.

En un estudio realizado por González (2016) acerca de los factores psicosociales asociados a la calidad de vida de personas con EII, se plantea que el estrés psicosocial es un elemento implicado en los trastornos digestivos, lo que resulta discutible es dilucidar cuál es su papel, ya sea como consecuencia o como causa en la aparición o en la recidiva de las EII. Dicha afirmación plantea la necesidad de indagar sobre los aspectos psicológicos involucrados en la aparición y curso de la enfermedad.

González (2016) realiza una revisión sobre factores psicológicos asociados a las EII, destacando factores de tipo cognoscitivo, emocional, conductual y fisiológico.

Factores Cognoscitivos

Dentro de los factores cognoscitivos ubica al comportamiento enfermizo del paciente y las malas técnicas de adaptación.

Factores emocionales

Hacen referencia a la presencia de algunos trastornos tales como la ansiedad y la depresión, detectados entre un 43 y 52% de personas que padecen la EII.

Factores conductuales

Destaca situaciones estresantes de la historia comportamental del sujeto, que podrían desencadenar el primer episodio de la enfermedad o producir la exacerbación de los síntomas.

Factores fisiológicos

Enfatiza en las alteraciones en la modulación del dolor que tienen los pacientes frente a eventos fisiológicos gastrointestinales particulares.

Para una persona que padece una enfermedad crónica como la EII, la severidad de los síntomas no se ve afectada únicamente por factores médicos, sino también puede tener un impacto la presencia de variables psicosociales tales como los comportamientos y estilos de vida tanto en el surgimiento como en la exacerbación de la enfermedad. En la actualidad aún se desconoce si dichas variables emergen previo al desarrollo de las EII o son consecuencia de estas (González, 2016).

Investigaciones antecedentes

Aspectos psicológicos y trastornos psiquiátricos asociados a la EII

Tobon, Vinaccia, Quiceno, Sandín y Núñez (2007) realizaron un análisis de los factores psicológicos y sociales asociados a las EII. Dicha revisión fue desde una perspectiva biopsicosocial de las dos entidades EC y CU. Su análisis partió de una representación del concepto y estudios realizados en estrés psicosocial como factor psicológico relevante en el surgimiento y curso de la EII.

En los últimos años ha habido un gran interés en el estudio del estrés psicosocial en las EII, debido a que se ha encontrado que se asocia a una mayor vulnerabilidad de las personas a enfermar, y también por el hecho de que las mismas EII son sucesos en sí mismos altamente estresantes. Aunque en dos estudios prospectivos realizados por Riley *et ál.* (1990, c.pTobon *et ál.*, 2007) y North *et ál.* (1991, c.pTobon, *et ál.*, 2007) no se halló una asociación entre los *sucesos vitales* y los síntomas de las EII al cabo de uno y dos años de seguimiento respectivamente, otros estudios muestran evidencia sobre la influencia del estrés en la gravedad de los síntomas. En relación con este aspecto, Duffy *et ál.* (1991, c.pTobon, *et ál.*, 2007) realizaron un estudio prospectivo con el fin de examinar la asociación entre los sucesos vitales y los síntomas en una muestra de 124 pacientes con EII, hallando un mayor riesgo de actividad de la enfermedad en las personas expuestas a sucesos vitales mayores durante la línea base, en comparación con las personas no expuestas.

Además de los sucesos objetivos, en las EII también influye la forma como se perciban tales sucesos. En este sentido, Levenstein *et ál.* (1994, c.pTobon, *et ál.*, 2007) descubrieron que la percepción de los sucesos vitales (medida por medio del *Perceived Stress Questionnaire* de Levenstein *et ál.* (1993, c.pTobon, *et ál.*, 2007) durante los dos últimos años, se asoció a inflamación rectal en personas con EII asintomáticas. Así mismo, el estrés puede afectar el bienestar psicológico y de esta forma influir en la gravedad de los síntomas. En este sentido, Sewitch *et ál.* (2001, c.pTobon, *et ál.*, 2007) realizaron una regresión lineal múltiple y hallaron que el número y el impacto de los sucesos vitales estresantes recientes fueron los mayores factores asociados con los síntomas psicopatológicos en los pacientes con EII. Sin embargo, parece que, por lo general, un único suceso vital estresante no es suficiente para producir vulnerabilidad frente al desarrollo de las EII, tal como se desprende de la investigación de Li *et ál.* (2004, c.pTobon, *et ál.*, 2007), quienes no encontraron apoyo a

la implicación del estrés psicosocial derivado de la pérdida de un hijo en familias de Dinamarca sobre la incidencia o prevalencia de EII, o sobre las tasas de hospitalizaciones en las personas que desarrollaron la enfermedad durante un período de seguimiento de 16 años. A este respecto, compararon dos grupos poblacionales de padres: una muestra de 21.062 padres que habían perdido un hijo y una muestra de 293.745 padres que no tenían pérdidas de hijos. Además de los sucesos vitales estresantes, también se ha informado de la implicación del *estrés diario* en las EII.

Garrett *et ál.* (1991, c.pTobon, *et ál.*, 2007) informan de una relación significativa entre el estrés diario y la experiencia de los síntomas en personas con EII (a mayor estrés diario, mayores incrementos en los síntomas). La influencia del estrés diario fue independiente de los sucesos vitales. Así mismo, Greene *et ál.* (1994, c.pTobon, *et ál.*, 2007) hallaron en 11 personas con EII una relación significativa entre el estrés diario y la actividad de la enfermedad. Finalmente, es importante indicar que los pacientes con EII tienden a considerar el estrés como una causa muy importante del origen o exacerbación de sus síntomas (Hart y Kamm, 2002, c.pTobon, *et ál.*, 2007). En tal sentido, se informa que un porcentaje significativo de pacientes con EII indicaron, cuando se les preguntó por las posibles causas de su enfermedad, que el estrés había sido la principal razón del origen o del agravamiento de sus síntomas intestinales.

González (2016) reseña algunas investigaciones de autores (Tobon, 2005; González, 2016) que se han centrado en estudiar la relación entre el estrés diario o sucesos menores y las EII. Al encontrarse que el 60% de los pacientes con EII reportaban una alta cantidad de eventos negativos en su vida, en especial divorcios o muertes de algún familiar, a diferencia de los grupos controles quienes no presentaban porcentajes tan altos como los primeros. Situación que marcaría el comienzo de los síntomas, al ser consideradas como una predisposición para el desarrollo de las EII. Pareciera que el estrés es sólo uno de los varios factores psicosociales capaces de incidir en la enfermedad; por lo que es preciso estudiar si otros factores participan en la génesis, exacerbación o modificación de la sintomatología del EII.

Al transcurrir el tiempo, se comienza a observar que las investigaciones en el área de factores psicológicos asociados a la EII, ya no solo toman al estrés como un factor principal a ser estudiado, sino que también incluyen trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión.

Díaz-Sibaja, Comeche y Mas Hesse (2013) plantean que la relación existente entre la enfermedad inflamatoria intestinal y los trastornos emocionales ha sido objeto de diversas investigaciones en estos últimos años. Afirman que son muchos los autores que han indicado que los pacientes afectados por la enfermedad inflamatoria intestinal presentan una elevada tasa de trastornos psiquiátricos, tales como depresión y ansiedad.

Se ha constatado 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. No obstante, es posible que la relación entre psicopatología y enfermedad inflamatoria intestinal no sea tan directa, sino que, dicha relación, podría estar siendo mediada e influenciada por las repercusiones que se dan en el estilo de vida del paciente como consecuencia del padecimiento del trastorno orgánico. Por su parte, algunos autores explican que las repercusiones psicosociales que se producen como consecuencia del brote de la enfermedad, como por ejemplo, la incapacidad para trabajar, el retraimiento social o los cambios en la vida familiar, podrían estar influyendo en la valoración personal que hace el sujeto de sí mismo y podría provocar la aparición de trastornos ansioso-depresivos (Díaz-Sibaja *et al*, 2013).

No obstante, estudios psicoimmunológicos recientes han demostrado que, si bien es cierto que el padecimiento de la enfermedad afecta al incremento en la probabilidad de aparición de trastornos emocionales, éstos, a su vez, afectan a la propia EII haciendo, en muchas ocasiones, que empeore la sintomatología. Esto se debe a la relación existente entre los trastornos del estado de ánimo y el incremento en el número de linfocitos T Helper en el organismo, lo cual es causa directa de la EII. 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. 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 (Díaz-Sibaja *et al.*, 2013).

González (2016) reseña que en cuanto a los niveles de depresión, se ha encontrado una alta comorbilidad. Explicándose esta relación dado al impedimento físico real, o bien al estigma social derivado de los síntomas de las EII (deposiciones frecuentes, presencia de malos olores), que podrían ir disminuyendo la frecuencia con que la persona realiza actividades gratificantes. Esta idea, concuerda con otros estudios que existen en la literatura, en los cuales se señala la tendencia con que este tipo de pacientes recurre al afrontamiento de negación, huida o evitación, que es lo que incrementa el riesgo de padecer alteraciones depresivas y llevaría a acentuar los efectos perjudiciales de las mismas sobre el estilo de vida de quien las padece.

Asimismo, González (2016) afirma que aunque no se tenga evidencia de lo anterior, se sabe que existe una relación significativa entre el cerebro y el aparato digestivo. Al postularse que la región del locus ceruleus es un importante nexo entre el sistema nervioso central y el tubo digestivo, al ser no sólo un mediador los estados emocionales sino también para derivar algunas señales del tracto digestivo.

En relación a lo anterior, Martí (2009) señala que casi todas las sustancias que controlan y hacen funcionar el cerebro se producen en el intestino. Neurotransmisores principales como la serotonina, la dopamina, el glutamato, la noradrenalina y el óxido nítrico bañan las células nerviosas del intestino igual que lo hacen en el cerebro, aunque pueden tener funciones diferentes. Por ejemplo, la serotonina, que en el cerebro está relacionada con la sensación de calma y bienestar, en el intestino, donde se encuentra el 95% del total corporal, se encarga de desencadenar los movimientos peristálticos.

Razón por la que para González (2016) es posible esperar que la incidencia de alteraciones emocionales en las EII, aunque no sean determinantes de su etiología, probablemente influyan en la aparición y exacerbación de sus síntomas, produciendo esto mayores riesgos para la salud y una disminución en la calidad de vida.

Por su parte, siguiendo la línea de trastornos psiquiátricos asociados a la EII, Dignass, Bokemeyera, Danesea, Gionchettia, Mosera, Beaugeriea, Gomollóna, Häusera, Herrlingera, Oldenburga, Panesa, Portelaa, Roglera, Steina, Tilga, Trávissa, Lindsay y Van Asschea, (2015) afirman que los factores psicológicos pueden tener un impacto sobre el curso de la CU. El estrés psicológico percibido y la depresión son factores considerados de riesgo para recaída de la enfermedad. La depresión se asocia con una baja calidad de vida relacionada con la salud, mientras que la ansiedad se asocia con la falta de cumplimiento con el tratamiento

Para dichos autores, los trastornos psicológicos y los trastornos mentales son más comunes en pacientes con CU activa que en los controles basados en la población, pero no en los pacientes en remisión. Una revisión sistemática demostró que la ansiedad y la depresión están asociadas con actividad de la enfermedad. Sin embargo, la prevalencia de los trastornos mentales (ansiedad y trastornos depresivos) en pacientes con enfermedad activa es comparable con la de los pacientes con otras enfermedades somáticas crónicas. Los pacientes en remisión no difieren en la cantidad de angustia psicológica y la frecuencia de los trastornos mentales (ansiedad y trastornos depresivos) respecto a los controles de la población general (Dignass, *et ál*, 2015).

González y De Ascencao (2005) realizaron un estudio acerca de las percepciones que tiene el paciente con Síndrome de Intestino Irritable (SII), acerca de cómo su condición afecta su cotidianidad y desenvolvimiento en diversas áreas. Exploraron la relación del SII con algunos factores psicosociales, realizando una entrevista en la que se describía la sintomatología experimentada, los hábitos alimenticios, eliminatorios, laborales, sexuales y su manejo emocional. Estos autores encontraron que en los hábitos de alimentación, las variaciones estaban asociadas con realizar dietas ricas en fibra y líquidos que se vieron obligados a adoptar a consecuencia del trastorno. Los hábitos de eliminación, se afectaron debido a que los pacientes presentaban síntomas tales como ardor y malestar general al evacuar. Los hábitos sexuales variaron debido a que los malesares disminuyeron la frecuencia, duración de las relaciones, así como las posiciones llevadas a cabo por éstos. Con

respecto al manejo de las emociones, encontraron que los indicadores más relevantes en los pacientes con SII fueron irritabilidad y deseos de llorar.

Por otro lado, las percepciones que tiene el paciente con EII acerca de cómo su condición afecta su cotidianidad y desenvolvimiento en diversas áreas, ha sido abordado en algunos estudios. Yacavone, Locke, Provenzale, Eisen (2001, c.p González, 2016) realizaron un trabajo en el que encontraron que cerca del 42% de las personas que padecen de una EII perciben un déficit funcional a nivel laboral, trastornos en las relaciones sociales, limitaciones en la actividad sexual y alteraciones de orden psicológico y del sueño. En cuanto a los costos indirectos de las EII, estos se encuentran relacionados a la disminución de la productividad, entre ellas la laboral. Reflejada en un ausentismo anual del 40% según datos de una encuesta realizada en Estados Unidos.

La mayoría de los estudios en donde se han abordado aspectos psicosociales y su relación con las EII, han centrado su atención en factores psicológicos tales como el estrés, las emociones, la ansiedad, la depresión entre otros. González (2008 c.p González, 2016) afirma que la reacción de una persona ante un estímulo estresante, como puede ser el padecimiento de una EII no sólo dependerá de los síntomas físicos, de la valoración que haga de la enfermedad y de las consecuencias que anticipe, sino que también dependerá de los cambios que se generan en su estilo de vida y de las estrategias de afrontamiento que utilice para abordar su nueva situación.

Es por ello que Díaz, Comeche, Mas, Díaz, y Vallejo (2008, c.p González, 2016) consideran, que las estrategias de afrontamiento son el predictor más importante del curso de la enfermedad, y es posible que a partir de ellas se pudieran planificar actuaciones preventivas y de intervención que favorezcan la adaptación de estos pacientes a su enfermedad. Estos autores realizaron un estudio en el que encontraron la existencia de una relación significativa entre lo que denominan estrategias de afrontamiento positivas y un mejor ajuste de los pacientes que padecen la enfermedad inflamatoria. Del estudio realizado concluyeron que es posible que las personas que presentan un mal ajuste a su enfermedad hagan uso de unas estrategias de afrontamiento inadecuadas y son, asimismo, las que pudieran presentar una

mayor sintomatología depresiva y a corroborar la idea, de que según la manera en que se afronta la EII, va a depender el estado de salud y el bienestar físico y mental de los pacientes con EII.

El Segundo Consenso Europeo basado en evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática afirma que un modelo biopsicosocial representa una ventaja frente a un modelo biomédico, ya que estudia las complejas interacciones biológicas y psicosociales que explican la enfermedad humana. La atención a los factores psicosociales asociados con la CU puede tener consecuencias no solo en el bienestar psicosocial y la calidad de vida, sino también en la actividad de la enfermedad en sí (Dignass, *et ál*, 2015).

González (2016) menciona que muchas de las enfermedades crónicas son el producto de la exhibición frecuente de conductas no saludables y la presencia de condiciones ambientales perjudiciales. De tal manera, a pesar de que el modelo médico tradicional se centra exclusivamente en la patología orgánica como causa de la enfermedad, resulta poco probable que tales cuidados médicos intenten sustituir el papel que tienen los hábitos y las condiciones ambientales como factores de riesgo o no, para el bienestar físico y mental de las personas.

Dado lo anterior resulta pertinente introducir como elemento explicativo de las EII, el modelo Psicológico de la salud biológica de Ribes.

Ribes (2011) se refiere a la salud en términos de dos ámbitos de significación precisos, el biomédico y el sociocultural. En el primer caso se refiere a la salud en términos de la enfermedad, en el segundo caso hace referencia al bienestar.

El modelo médico biológico define la salud como carencia de enfermedad, hace énfasis en las condiciones propias del organismo y de los subsistemas. Por su parte, el modelo sociocultural establece una correlación entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida, determinadas por el medio físico y las practicas socioculturales, responsable de alteraciones de salud biológica (Ribes, 2011)

Todo ser humano, en tanto organismo biológico, sólo puede concebirse y entenderse desde la perspectiva de su actividad y práctica integrales como individuo. El organismo es un todo biológico estructurado con base en su herencia y experiencia individuales frente a un medio que le es característico. Esta experiencia idiosincrásica que no constituye otra cosa más que la dimensión psicológica de su práctica como individuo, es indispensable para examinar las condiciones particulares que lo distinguen de su funcionamiento biológico de otros organismos coespecíficos.

Según Ribes (2011) la dimensión psicológica de la salud se compone de tres factores fundamentales:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio con el que interactúa.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica (p.17)

Es por ello que el análisis psicológico no es un simple complemento del conocimiento biológico para entender el estado salud enfermedad de un individuo particular; constituye en realidad la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente.

III. Planteamiento del problema

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son trastornos gastrointestinales, de evolución crónica y recurrente, que se caracterizan por presentar una inflamación en las paredes del tubo digestivo (Díaz-Sibaja, *et ál*,2013). Al inflamarse la piel que recubre la pared del tracto alimentario, ésta se enrojece, se inflama (produciendo un edema) y pueden aparecer ampollas que, al romperse, desprenden la piel y se convierten en úlceras. Ambas enfermedades, por tener en común la inflamación del tubo digestivo, se van a agrupar dentro de la categoría de enfermedades inflamatorias intestinales.

La epidemiología de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) varía en forma importante según la distribución geográfica y las variaciones étnicas y raciales. Según Salomón (2007), existen áreas de mayor incidencia entre las cuales están el Reino Unido, Estados Unidos, el norte de Europa y Australia. Las zonas de menor incidencia incluyen Asia, Japón y Sur América. Entre caucásicos la incidencia está entre 3 y 15 por cada 100.000 personas por año con una prevalencia de 50 a 80 por cada 100.000 personas. Es de dos a cuatro veces mayor en la población judía siendo más frecuente entre judíos europeos y americanos. En Estados Unidos la incidencia de la enfermedad es mayor entre caucásicos que entre afrodescendientes, afectando más a mujeres que a hombres en proporción variable según las estadísticas. Ambas enfermedades pueden ocurrir a cualquier edad con incidencia máxima entre la segunda y cuarta década de la vida, aunque es común su aparición después de esta edad.

En un estudio realizado por la Sociedad Americana de Gastroenterología (2001), afirman que la Rectocolitis Ulcerativa Idiopática es una enfermedad que ocasiona 250.000 visitas anuales al médico, 20.000 hospitalizaciones, y pérdidas de más de un millón de días laborables por año. El costo financiero anual es de casi medio billón de dólares, que incluyen 192 millones en hospitalización y 138 millones en costo de medicamentos.

Según la Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, en Venezuela no se conoce la prevalencia real de la EII,

pero al igual que en el resto de Latinoamérica, se ha observado un incremento en el número de pacientes por año (2013).

La EII: Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn(EC), siguen siendo entidades de etiología desconocida, pero al analizar su etiopatogenia nos conseguimos con varias teorías que pudieran explicarla como alteraciones genéticas, inmunológicas, de la microbiota intestinal, así como relacionadas a la esfera psicosomática, siendo bastante controversial esta última (Salomón, 2007).

Los factores médicos asociados a la EII, están claramente identificados y definidos. Según la Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (2013), el término EII incluye a un grupo de entidades clínicas que se caracterizan por ser procesos inflamatorios crónicos, y afectar primordialmente, aunque no de forma exclusiva, al intestino. Las EII se clasifican en dos tipos CU y EC; La colitis ulcerosa afecta sólo al colon, es una enfermedad predominantemente mucosa, su síntoma fundamental es la rectorragia y puede clasificarse en dependencia de su extensión (proctitis, colitis izquierda y colitis extensa) y de su gravedad: silente, leve, moderada o grave. Por su parte la EC puede afectar a cualquier tramo del intestino, aunque su localización más frecuente es el íleon. En este caso se trata de una enfermedad transmural y sus síntomas fundamentales son la diarrea y/o el dolor abdominal. Su clasificación debe realizarse en orden a su localización (ilecólica, ileal, cólica, perianal, o de otras localizaciones), de su patrón clínico (inflamatorio, estenosante o fistulizante), y de su gravedad (leve, moderada, grave).

Autores como Tobon, Vinaccia, Quiceno, Sandin y Núñez (2007) afirman que desde comienzos del siglo XX las EII han sido consideradas como alteraciones de tipo psicosomático, especialmente la CU. A pesar de esto, hay autores como Li *et ál* (2004, c.p Tobon, Vinaccia, Quiceno, Sandin y Núñez, 2007) que cuestionan tal naturaleza de las EII, debido a que no se ha podido demostrar que los factores psicológicos puedan causar la EC o la CU (p.84). Aun así la investigación científica reciente ha aportado evidencia de la asociación de factores de tipo psicopatológicos y psicosomáticos con las EII especialmente en lo que

tiene que ver con la inducción de períodos de actividad, la exacerbación de los síntomas o dificultando el proceso del tratamiento.

Diversas investigaciones están aportando evidencia de la implicación de factores psicológicos en el curso de las EII, tales como el estrés psicosocial, las estrategias de afrontamiento, las características de personalidad, los síntomas psicopatológicos (trastornos de ansiedad y depresión) y el apoyo social (Tobon, Vinaccia, Quiceno, Sandin y Núñez, 2007). Sin embargo, dichas investigaciones se sustentan desde una perspectiva teórica inadecuada de los factores psicológicos en el proceso salud-enfermedad. En los estudios realizados pareciera no quedar claro si los pacientes con EII desarrollan trastornos tales como ansiedad, depresión y estrés producto de la enfermedad o previo a ella; adicionalmente, se abordan los aspectos psicológicos mencionados únicamente desde la etiqueta de trastorno, cuando se podría estar en presencia de conductas como, por ejemplo, anticipación a la situación problema en vez de un trastorno de ansiedad; y manifestación de disforia en vez de un trastorno de depresión.

En un estudio realizado por Altuve, Galviz, Matos y Veítia (2016) se afirma la incidencia de factores psicológicos asociados a la EII; dichos autores en su investigación identificaron elementos relacionados con la fatigabilidad, los recursos intelectuales y personales para afrontar la enfermedad y manejo de la ansiedad producto del inicio y mantenimiento de la misma. Los resultados reflejaron afectación en todas las dimensiones evaluadas para ambas enfermedades CU y EC. Las dimensiones exploradas en dicha investigación fueron: 1) fatigabilidad, que hace referencia a la disposición que tienen las personas para llevar a cabo comportamientos operativos y funcionales; 2) recursos intelectuales y personales como mecanismos para afrontar la enfermedad; y 3) manejo de la ansiedad que permite evaluar la forma en cómo las personas se vinculan con eventos estresantes. Todos los pacientes evidencian fatigabilidad lo cual inhibe su voluntad para accionar; la tercera parte de ellos posee recursos intelectuales y personales para afrontar la enfermedad; además, dan muestra de un manejo inadecuado de su ansiedad. Aunque dichos autores cumplieron con el objetivo de la investigación sugieren que estudios futuros amplíen la muestra y profundicen los factores psicológicos asociados a la EII realizando otras evaluaciones (Pruebas y entrevista

conductual), que faciliten el diagnóstico y su grado de afectación e injerencia en la enfermedad.

Partiendo de este planteamiento, el presente estudio, aspira dar respuesta a la siguiente interrogante **¿Cuál es el funcionamiento psicológico global y las áreas de afectación psicológica de pacientes con EII del Hospital Vargas de Caracas y del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani?**

La realización de este trabajo constituye un aporte fundamental a la comprensión de una enfermedad que ha demostrado tener impacto en diversos ámbitos de la vida de quien la padece, en un contexto país con características particulares: población Venezolana producto de una mezcla de razas, provenientes de diversas regiones y con hábitos y costumbres propios de su cultura. Dicho estudio permitirá tener claramente identificado cuál es el funcionamiento de los factores psicológicos asociados a la EII, con lo que facilitaría un abordaje de tipo transdisciplinario en donde el papel del psicólogo juega un rol importante. Asimismo, la metodología aplicada para la exploración de los factores psicológicos podría emplearse en otras enfermedades, otros contextos y con otro tipo de pacientes, siempre y cuando el objetivo se corresponda con la detección de áreas psicológicas de afectación relacionadas con la enfermedad a ser abordada.

IV. Objetivos

Objetivo general

- Analizar los factores psicológicos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pacientes de los hospitales Vargas de Caracas y General del Este Dr. Domingo Luciani.

Objetivos específicos

1. Identificar la existencia de factores psicológicos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
2. Describir el funcionamiento global y las áreas de afectación psicológica de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
3. Explorar la percepción de eventos psicológicos estresores y su incidencia como factor desencadenante de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

V. Método

En este apartado atenderemos al punto de cómo se responderá a la pregunta de investigación, se muestra una descripción del tipo y diseño de la investigación, así como las dimensiones exploradas en los pacientes con EII. Consecutivamente se encontrará el grupo de trabajo, así como el procedimiento preparatorio, trabajo de campo y la fase de análisis. Por último se presenta un cuadro resumen de las etapas que conforman el estudio de esta investigación en cuanto a los distintos recursos que se requiere.

Tipo de Investigación

Según el alcance de la investigación, la misma puede ser clasificada en exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. De acuerdo a lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2006), cuando la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos, es decir, detallar cómo son y se manifiestan, estamos ante la presencia de estudios de tipo descriptivo. Estos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, procesos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas y de esta manera describir lo que se investiga (p. 102).

Las investigaciones de tipo descriptivas tienen como objetivo la descripción precisa del evento de estudio. Hurtado (2015) afirma que dicho tipo de investigación busca exponer el objeto de estudio, haciendo una enumeración detallada de sus características, de modo tal que en los resultados se puedan obtener dos niveles: un nivel más elemental en el cual se logra una clasificación de la información en base a características comunes, y un nivel más sofisticado en el cual se ponen en relación los elementos observados a fin de obtener una descripción más detallada, sin llegar a establecer relaciones de causalidad entre ellos, por tal razón, no amerita la formulación de hipótesis (p. 111).

El estudio que se propone en esta investigación plantea analizar el funcionamiento global de los factores psicológicos de personas con EII, tanto la muestra como los aspectos conceptuales a ser abordados ya existen y tienen características propias, las cuales no pretenden ser manipuladas. Para la población Venezolana representa un aporte conceptual novedoso que se realice este tipo de investigaciones descriptivas ya que la prevalencia, y el impacto psicológico en el inicio y mantenimiento de la enfermedad se desconoce.

Diseño de Investigación

La presente investigación es de tipo No experimental, de acuerdo a lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2006) este tipo de investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de estudios donde no se hace variar de forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Kerlinger y Lee (2002, c.p. Hernández, Fernández y Baptista, 2006) señalan que en la investigación no experimental no es posible manipular variables o asignar aleatoriamente a los participantes a los tratamientos. No hay condiciones o estímulos planeados que se administren a los participantes del estudio (p.205).

Dimensiones exploradas.

Área Familiar

De esta área interesaba conocer la percepción que tenían los pacientes con respecto al apoyo brindado por el grupo familiar, así como el tipo de apoyo recibido en función a la enfermedad que padecen.

Área social

De esta área interesaba conocer la percepción que tenían los pacientes con respecto al apoyo brindado por el grupo social, el mantenimiento de interacciones sociales, la presencia

de personas significativas en los grupos de interacción social y la afectación en el área producto del padecimiento de la enfermedad.

Área laboral

De esta área interesaba conocer la percepción de las características del ambiente laboral, el desempeño de las funciones en el mismo y si había o no afectación en el área producto del padecimiento de la enfermedad.

Área sexual

Esta área buscaba explorar elementos relacionados con la frecuencia de las interacciones sexuales, satisfacción, calidad del acto sexual y si había o no afectación del área producto del padecimiento de la enfermedad.

Evento desencadenante

En esta área interesaba conocer la percepción que tenían los pacientes en torno a la ocurrencia de un evento previo al padecimiento de la enfermedad, en donde el mismo pudiera ser identificado como generador o desencadenante de los síntomas.

Manejo de la ansiedad

En esta área se buscaba conocer la forma en que los pacientes manejan la ansiedad, proyectado de las siguientes formas: intelectualización de los mecanismos que movilizan la ansiedad (manejo adecuado) u otorgándole un abordaje fantasioso (manejo inadecuado de la ansiedad).

Fatigabilidad

En esta área se buscaba conocer la tendencia a proyectar agotamiento lo cual inhibe la capacidad para accionar. Categorizado en: fatiga y no fatiga.

Recursos intelectuales

De esta área interesaba conocer la capacidad de los pacientes para asociar ideas, integrar estímulos, sintetizar y organizar elementos de carácter intelectual. Categorizado en: presencia y no presencia de recursos intelectuales.

Autopercepción

Esta área buscaba conocer la percepción y proyección de sí mismos ante un contexto de situaciones generadoras de estrés. Clasificando la percepción en dos categorías: percepción positiva y percepción negativa de sí mismos.

Percepción del evento estresor

De esta área interesaba conocer la cantidad de situaciones estresantes a las que están expuestos (categorizado en: escaso y excesivo) y la percepción de presión y amenaza generada por el entorno de los pacientes (categorizado en: no presenta, presenta poca y presenta mucha).

Afrontamiento

En esta área se buscaba conocer la posibilidad de afrontar posibles situaciones generadoras de estrés, provenientes del medio, de situaciones pasadas y de situaciones futuras. Proyectadas en dos formas: afrontamiento adecuado y afrontamiento inadecuado.

Grupo de trabajo

El grupo de trabajo estuvo conformado por personas adultas de ambos sexos que padecen actualmente EII en alguno de sus dos tipos CU o EC; con edades comprendidas entre 29 y 71 años, pacientes del Hospital Vargas de Caracas, del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, así como aquellos que acudieron al II Congreso Venezolano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

La muestra estuvo constituida por 28 personas con EII. De los cuales 6 personas tenían EC, 22 personas CU. Las personas que formaron parte de esta investigación fueron convocadas por las Unidades de Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas y del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, asistieron de forma voluntaria a cada una de las fases de la investigación.

Materiales.

Instrumentos de recolección de información

En la presente investigación se utilizaron Técnicas Proyectivas como instrumento de evaluación y recolección de información. Según Cortada (2000), las técnicas proyectivas son un conjunto de instrumentos empleados para evaluar la personalidad y elaborados especialmente desde un punto de vista clínico en psicología. Representan una manera especial de interpretar las motivaciones más íntimas y profundas del ser humano, y se considera que permiten captar el sentido de la organización global con que se estructuran las distintas formas del comportamiento que definen la personalidad como algo esencialmente único y particular. Se basan en el supuesto llamado hipótesis proyectiva, que supone que cuando una persona se ve obligada a dar un significado a un estímulo ambiguo su respuesta será una proyección o reflejo de sus sentimientos, actitudes, deseos y necesidades (p. 201).

Las técnicas proyectivas utilizadas como instrumento de recolección de información se describen a continuación:

Test de Wartegg

Prueba proyectiva ideada por Eric Wartegg en 1940 y adaptada por C. Biedma y por D. Alfonso en 1960 (ver anexo 1). El propósito del test es conseguir una descripción de la personalidad a través de estímulos inestructurados tanto internos como externos que se revelan en la conducta del individuo. Se pretende revelar una cara interna de los estratos de la personalidad al ser proyectados en los dibujos del sujeto. Es un instrumento no estructurado, de papel y lápiz y no verbal, lo que hace que sea un test libre de cultura. Su ámbito de aplicación es de adultos y niños a partir de los 5 años, puede ser aplicado de forma individual o colectiva (Muños, s/f).

Mediante la aplicación del Test Proyectivo Wartegg se buscaba conocer el manejo que los pacientes con EII estaban teniendo respecto a su ansiedad (cuadrante 4), si había o no presencia de fatiga (cuadrante 5), así como si poseían o no recursos intelectuales para afrontar las demandas de la enfermedad (cuadrantes 3 y 6), (ver anexo 2).

Test de la persona bajo la lluvia

Hammer (1995) hace referencia al test de la persona bajo la lluvia como un test en el que no puede aseverarse quién es su autor, aunque presupone que podría ser Arnold Abrams o Abraham Amshin o varios sujetos simultáneamente. El propósito del test es interpretar aspectos de la personalidad, las emociones y defensas de los sujetos ante situaciones de la vida cotidiana y situaciones de estrés. Es un instrumento no estructurado, de papel y lápiz y no verbal. Su ámbito de aplicación es en niños y adultos a partir de los 6 años de edad hasta los 80 años, puede ser aplicado de forma individual o colectiva (Querol y Chaves, 1997).

Por su parte, con la aplicación del Test Proyectivo Figura Humana Bajo la Lluvia se buscaba conocer la percepción que tenían los pacientes de sí mismos (características de la figura humana representada), de los eventos estresores en términos de la presión y amenaza (presencia y características de lluvia, nubes, rayos etc.), así como conocer la manera en cómo se estaban afrontando las situaciones problema (presencia o ausencia de paraguas o elementos de protección) evidenciados en los dibujos realizados por los pacientes con EII (ver anexo 3).

Adicional a la aplicación de técnicas proyectivas se llevaron a cabo entrevistas clínicas semiestructuradas.

Entrevista semiestructurada

Silva (1991), define la entrevista como una conversación con un propósito definido y objetivos prefijados que son conocidos por el entrevistador, para lo cual se requiere una vía de comunicación simbólica, relación directa entre dos personas, asignación de roles, establecimiento de límites y la solicitud de información al entrevistado. Según Sierra, Buela-Casal, Garzón y Fernández (2004) la entrevista también puede definirse como “un proceso de interacción con unos objetivos prefijados en los cuales intervienen dos canales de comunicación, uno verbal y otro no verbal, donde el entrevistador asume el papel de experto” (p. 42).

Crespo y Larroy (2002) afirman que la entrevista, ha sido y sigue siendo, el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica, tanto en la investigación como en las distintas ramas de la psicología aplicada. Dichos autores mencionan que entre los sistemas unidimensionales de clasificación han sobresalido dos: aquel que ordena las entrevistas según sus objetivos y aquel que las ordena según su grado de estructuración, subdividiendo a esta última en entrevistas estructuradas y no estructuradas; los autores establecen que entre ambos polos se encuentra la amplia gama de las llamadas entrevistas semiestructuradas (o semiplanificadas).

La entrevista semiestructurada es definida como un instrumento de recolección de información en el que se trabaja con ayuda de esquemas o pautas de entrevistas que deben ser complementadas entre sí (Crespo y Larroy, 2002). Autores como Merton, Fiske y Kendal (1956, citados por Crespo y Larroy, 2002) afirman que la definición de entrevista semiestructurada antes mencionada ha ganado a lo largo del tiempo la aprobación de los entrevistadores que trabajan en evaluación conductual.

Por medio de la realización de entrevistas semiestructuradas se buscaba obtener información acerca de las áreas significativas de desenvolvimiento del paciente tales como: área familiar, área social, área laboral y área sexual. Asimismo, explorar mediante una pregunta puntual la existencia de un posible evento que desencadenará la aparición de la EII (ver anexo 4).

Recursos

Recursos Humanos

Se contó con la presencia de participantes, colaboradores y el equipo de investigadores.

- Participantes: 28 personas con diagnóstico de EII.
- Colaboradores: Coordinador del Servicio y Residentes de gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas, el Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani y el Psicólogo de la unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas.
- Investigadores: 2 estudiantes tesistas de la escuela de psicología de la Universidad Central de Venezuela, quienes se encargaron del proceso de preparación, aplicación y validación de las Pruebas y las entrevistas dirigidas a los pacientes así como del análisis de resultados de la investigación.

Recursos no humanos

Como parte de los materiales utilizados para llevar a cabo la recolección de información, se contó con: lápices, borradores, sacapuntas, hojas blancas tamaño carta, los instrumentos (técnicas proyectivas) impresas, los guiones de entrevista impresos y grabadores.

Ambiente

El ambiente de aplicación estuvo conformado por dos fases descritas a continuación:

Fase de recolección de datos: se llevó a cabo en el auditorio del Hospital Vargas de Caracas, en el mismo se contó con sillas, iluminación y ventilación adecuada. Como parte de las limitaciones se destaca la falta de apoyo (mesas) para la recolección de datos gráficos.

Fase de validación de pruebas y realización de entrevistas: dicha fase se llevó a cabo en dos consultorios de la unidad de gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas, y en la sala de reuniones de la unidad de gastroenterología del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani; espacio óptimo, libre de ruidos, adecuada iluminación, escritorios, sillas y una sala de espera.

Procedimiento

Fase Preparatoria

Al inicio de la fase preparatoria se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la enfermedad inflamatoria intestinal, su incidencia, prevalencia, y antecedentes de investigaciones psicológicas asociadas a dicha enfermedad, fueron algunos de los aspectos tomados en consideración para el esclarecimiento del área que posteriormente se abordaría en esta investigación.

Se llevó a cabo una entrevista con la Lic. Lucy Trías quien cuenta con más de 20 años de experiencia en la aplicación, corrección e interpretación de pruebas psicológicas, en el caso en específico se abordó la pertinencia en cuanto al uso, aplicación y recolección de datos relevantes para la investigación mediante Test Proyectivos. De acuerdo a lo sugerido por la experta, se seleccionaron el Test de Wartegg y el Test de persona bajo la lluvia por ser los que se correspondían con los objetivos de la investigación en términos de su facilidad de aplicación y corrección, y la información relevante que proporcionan según sus propósitos.

Posteriormente se estableció un contacto con el Coordinador del Servicio de gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas, quien extendió una invitación para el 2do

Congreso Venezolano de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, la asistencia a dicho congreso promovió la realización de la investigación ya que permitió delimitar la muestra y tener la primera aproximación con los pacientes mediante recolección de datos y aplicación del Test Proyectivo Wartegg.

En lo correspondiente al guion de entrevista para realizar la validación del Test Proyectivo Wartegg, se tomaron como referencia las preguntas sugeridas en el apartado de administración del Manual del Test de Wartegg (Muñoz, s/f). Adicionalmente se incluyeron preguntas referenciales de los campos del test que son relevantes para la investigación, tales como: el campo de las aspiraciones, el campo de la angustia, el campo de la energía vital y el campo de recursos intelectuales (Ver anexo). El guion fue una combinación de preguntas abiertas, identificación por escala según intensidad, y se evaluó la capacidad del paciente para dar instrucciones mediante la asignación de una actividad que reflejaba la capacidad de síntesis y planificación al tener que explicarle al evaluador una imagen compleja para que este la reprodujese, dicha actividad fue una adaptación de la tarea de imagen compleja del Manual de Terapia de Remediación Cognitiva (Tchanturia, Davies, Reeder y Wykes, 2010).

Como parte de la segunda fase de la investigación, se construyó un guion de entrevista semiestructurada que tenía como objetivo conocer e identificar las áreas de afectación en la vida de los pacientes con EII producto del padecimiento de dicha enfermedad, así como cuál ha sido el manejo que estas personas le han dado a la enfermedad, y si han experimentado miedo asociado al surgimiento y mantenimiento de la misma. Y por último si perciben la existencia de algún factor psicológico desencadenante de la enfermedad. El guion estuvo conformado por preguntas abiertas.

Ambos guiones de entrevista, fueron sometidos a un proceso de validación de contenido por parte de expertos en el área. El Psic. Kenduar Galviz quien se encargó de la revisión de todo lo referencia a aspectos psicológicos y el Dr. Guillermo Veítia quien aportó información importante desde el área médica (ver anexo 4 y 5).

-
- Trabajo de campo

Estuvo conformado por dos fases a saber, una fase grupal y una fase individual.

Fase grupal

Para esta fase se administró la prueba proyectiva “Wartegg” a un grupo de pacientes asistentes al Segundo Congreso Venezolano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, el cual se llevó a cabo en el auditorio del Hospital Vargas de Caracas durante la última fase de las ponencias, lo que dio como resultado que varios de los pacientes se habían retirado para el momento de la administración.

Para el proceso de aplicación se realizó una presentación en formato Power Point proyectado con un video beam. Dicho material contenía las instrucciones para el llenado de la prueba. Se explicaron los objetivos de la investigación y se solicitó su participación voluntaria a la misma. Se contó con el apoyo de las residentes de la Unidad de Gastroenterología para la repartición de los materiales (lápices y prueba) a los participantes. Una de las evaluadoras explicó a todo el grupo las instrucciones para el llenado de la prueba, mientras que la otra evaluadora respondió individualmente las dudas surgidas en el proceso.

En total se recolectaron los resultados de la prueba de 39 pacientes, de los cuales 27 correspondieron al diagnóstico de CU, 5 al de EC y 7 a otras afectaciones gastrointestinales tales como Síndrome de intestino irritable, Colon irritable, Enfermedad de Behcet y Artritis reumatoide.

Posteriormente se les informó a los pacientes que serían convocados para una segunda fase individual de recolección de información.

Fase individual

Luego de aproximadamente un mes, se procedió a citar a los participantes para la segunda fase de la investigación. La convocatoria fue realizada por la jefa de residentes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital Vargas, vía telefónica, citando a grupos de 10 pacientes por sesión, quienes fueron atendidos por las investigadoras los días sábado de los meses junio, julio y agosto de 2016. De forma paralela, la Dra. Beatriz Pernalette (cargo) del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, convocó a un grupo de 5 pacientes con EII. En dichas sesiones se procedió a realizar una entrevista semiestructurada de manera individual en el contexto de consultorios cerrados y privados para conocer las áreas principales de afectación vital, se validó la prueba aplicada en la primera fase y se administró el test de Figura Humana Bajo la Lluvia. Como parte de la recolección de la información, se les solicitó la autorización verbal a los pacientes para grabar las entrevistas.

Fase de análisis

Hurtado (2015) plantea que los criterios para la selección de técnicas para el análisis de resultados dependerán del tipo de investigación, el tipo de proceso analítico involucrado (descriptivo, comparativo o de correlaciones), el nivel de medición de los eventos de estudio (nominal, ordinal o intervalo), el número de eventos, el número de grupos, entre otras cosas (p.170).

Partiendo de que la presente investigación es descriptiva, de tipo No Experimental y el nivel de medición de los eventos es de categoría nominal, el análisis de los datos se realizó por medio de frecuencias y porcentajes, y se representó mediante gráficos de tortas.

VI. Resultados

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos por medio de la realización de los Test Proyectivos Wartegg y Figura Humana Bajo la Lluvia así como de la recolección de información mediante la Entrevista realizada a pacientes con EII pertenecientes al Hospital Vargas de Caracas y al Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. Los datos obtenidos en este estudio y presentados a continuación, no se consideran generalizables debido al reducido tamaño de la muestra. Sin embargo, pueden resultar informativos en cuanto a la observación de tendencias.

Tabla 1.

Distribución de pacientes con EII: por tipo de enfermedad: EC- CU y por Sexo.

Distribución por Sexo	EC	CU	Total general	Distribución % por Sexo	EC	CU	Total general
F	2	18	20	F	33,33%	81,82%	71,43%
M	4	4	8	M	66,67%	18,18%	28,57%
Total general	6	22	28	Total general	100,00%	100,00%	100,00%

Se contó con un total de 28 pacientes con EII, de los cuales 6 (21%) representan pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y 22 (79%) con Colitis Ulcerativa (CU). El 71,43% (N=20) de los casos estudiados corresponden a mujeres y el 28,57% (N=8) a hombres (Figura 1). Para la EC se encontró una distribución de sexos de 33,33% femenino (F) y 66,67% masculino (M). Los pacientes con CU presentan una distribución diferente; 81,82% de pacientes femeninas y 18,18% de pacientes masculinos (Tabla 1).



Figura 1. Distribución de pacientes con EII: por tipo de enfermedad: EC- CU y por Sexo.

La distribución de las edades de los participantes del estudio está representada en la Figura 2. Las edades están comprendidas entre los 29 y 71 años. Se evidencia que hay 9 personas (32%) con edades menores a los 40 años, 5 personas (18%) con edades entre los 41 a 50 años, 10 personas (36%) con edades comprendidas entre los 51 a 60 años, 3 personas (11%) con edades de 61 a 70, y 1 persona (3%) mayor de 70 años.

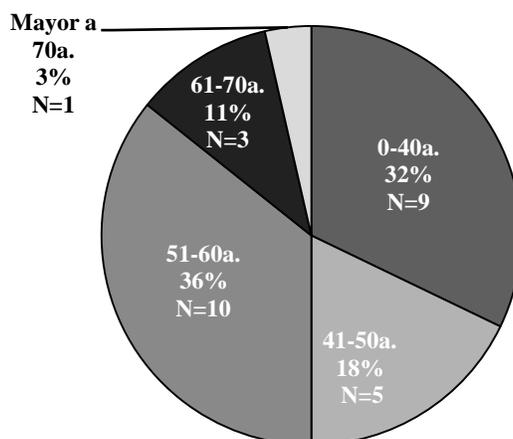


Figura 2. Distribución de las edades de pacientes con EII.

Por medio de la entrevista realizada a los participantes del estudio, se pudo obtener datos sobre las áreas significativas de desenvolvimiento. A continuación se presentan los hallazgos obtenidos para el área familiar.

Tabla 2.

Área Familiar: distribución de pacientes que perciben apoyo / no apoyo. Reportados en la Entrevista.

Distribución % Apoyo Familiar	EC	CU	Total general
Apoyo	100,00%	86,36%	89,29%
No Apoyo	0,00%	13,64%	10,71%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%

El 100% de los pacientes con EC y el 86,36% de pacientes con CU reportaron percibir apoyo de sus familiares, por su parte, un 13,64% de los casos correspondientes a un diagnóstico de CU no percibe apoyo familiar (Tabla 2). En la Figura 3 se representan en términos de número de casos. Los 6 pacientes estudiados con EC y 19 pacientes con CU,

correspondientes al 21% y 68% del total de los casos respectivamente, perciben que sus familiares cercanos muestran interés en su salud, acompañan a las citas médicas u hospitalizaciones, colaboran en conseguir medicamentos y comida, ayudan económicamente y/o sirven de soporte emocional. 3 pacientes con diagnóstico de CU (11%) perciben que sus familiares cercanos no los apoyan.

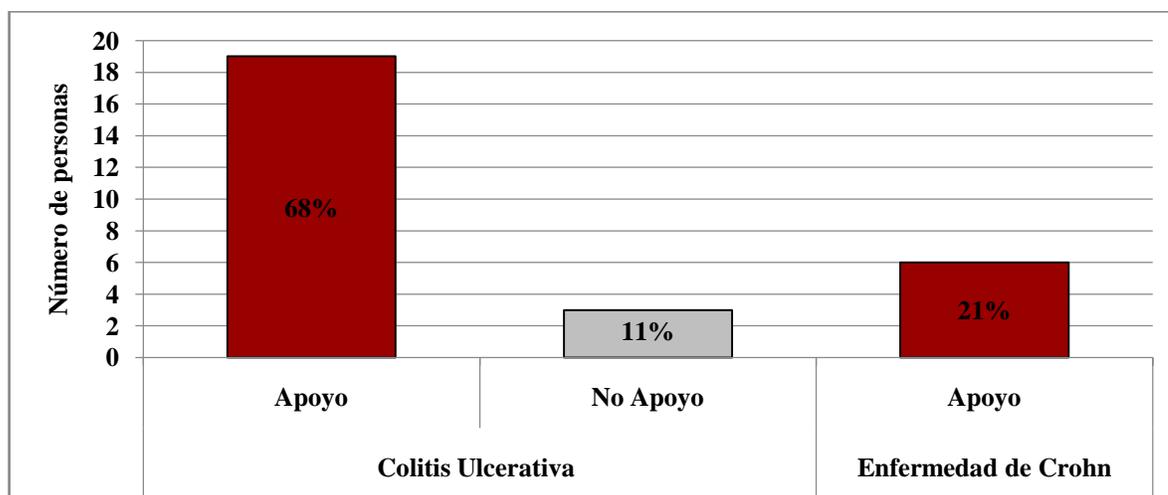


Figura 3. Área Familiar: distribución de pacientes que perciben apoyo / no apoyo.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos para el área Social.

Tabla 3.

Área Social: distribución de pacientes que perciben apoyo/no apoyo y afectación/no afectación. Reportados en la Entrevista.

Distribución % Afectación Social		EC	CU	Total general
Apoyo	Afectada	50,00%	18,18%	25,00%
	No Afectada	50,00%	40,91%	42,86%
No Apoyo	Afectada	0,00%	40,91%	32,14%
	Total general	100,00%	100,00%	100,00%

En cuanto al área social, los pacientes fueron cuestionados con respecto a su percepción en el recibimiento de apoyo y en la afectación en dicha área. Este apoyo se evidencia en forma de soporte emocional, moral y espiritual, atención y comprensión de situación de salud, distracción, ayuda económica y/o búsqueda de medicamentos. Los pacientes que reportaron

obtener apoyo social lo identifican de dos grandes entornos: grupos religiosos y grupo de pacientes que comparten la enfermedad. Las amistades previas al diagnóstico de una EII no suelen ser la mayor fuente de apoyo para estos pacientes. La afectación social presentada se evidencia por alejamiento de entornos previos debido a cambios en los hábitos, humor y costumbres de recreación o una orientación disminuida hacia las relaciones interpersonales.

Se consiguió que los 6 pacientes con EC, al igual que en el área familiar, perciben apoyo, sin embargo, el 50% de ellos tienen afectación en sus interacciones sociales (Tabla 3). En la Figura 4 se evidencia la diferencia en la distribución para los pacientes con CU; 13 pacientes perciben apoyo y 9 no lo perciben. De los pacientes apoyados, la mayoría no evidencia afectación en el área (N=9) y un 18% (4 pacientes), si bien perciben apoyo de las personas a su alrededor, presentan desinterés o alejamiento de las interacciones sociales. Un grupo de 9 pacientes no perciben apoyo y presentan afectación en el área social.

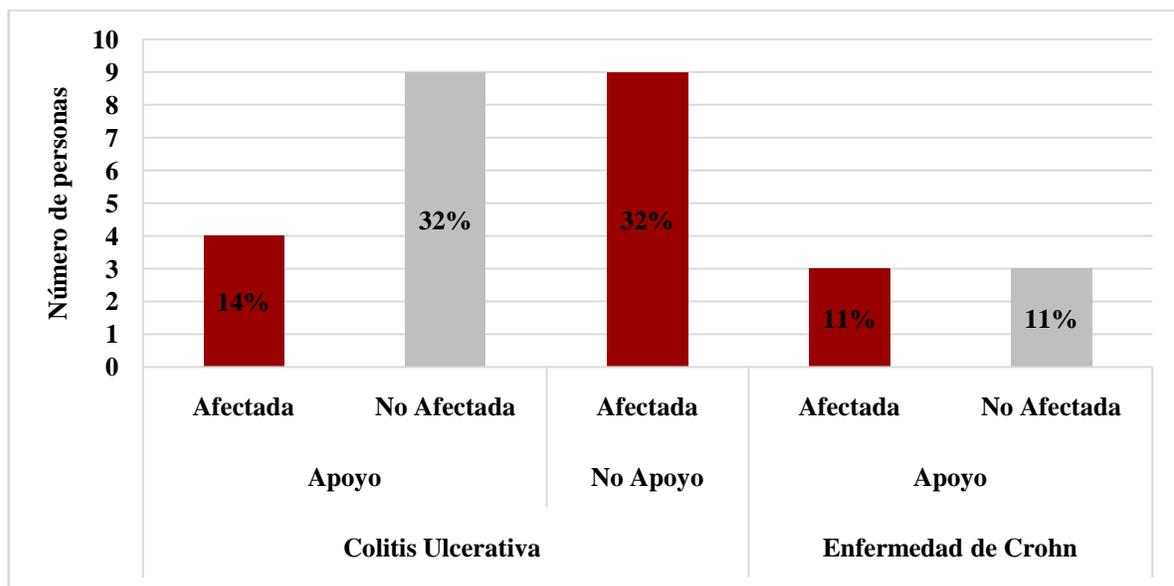


Figura 4. Área Social: distribución de pacientes que perciben apoyo / no apoyo y afectación/no afectación.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos para el área Laboral.

Tabla 4.

Área Laboral: distribución de pacientes con afectación / no afectación. Reportados en la Entrevista.

Distribución Afectación Laboral	%	EC	CU	Total general
Afectada	83,33%	72,73%	75,00%	
No Afectada	16,67%	27,27%	25,00%	
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	

Con respecto al desempeño laboral de los pacientes con EII, en la Tabla 4 se refleja que el 75% presenta afectación y 25% no reporta tener afectación en el área. En la Figura 5 se representa según el tipo de enfermedad.

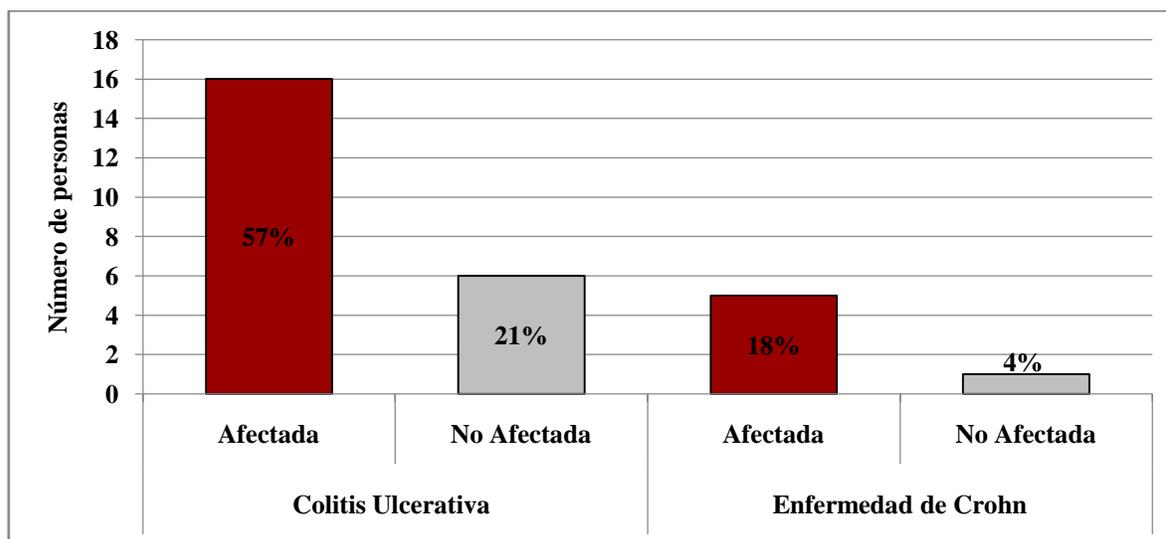


Figura 5. Área Laboral: distribución de pacientes con afectación / no afectación

Los pacientes con EC que están afectados laboralmente corresponden al 18% de la muestra y los pacientes no afectados (N=1) corresponde al 4%. En cuanto a los pacientes con CU, la distribución de afectación laboral es similar; 16 pacientes (57%) están afectados en su rendimiento laboral y 6 pacientes (21%) no lo perciben de esa manera. La afectación laboral se evidenció por: el trabajo como fuente generadora de estrés o reacciones emocionales adversas que intensificaba los síntomas, dificultades en la culminación de tareas físicas, actitudes negativas por parte de empleadores, dolores físicos o malestares gastrointestinales que

impedían un óptimo rendimiento, solicitud de permisos y ausencias laborales, y/o fatiga. Para todos los casos, la presencia de una crisis de la enfermedad incrementaba la afectación laboral. Los pacientes que reportaron no presentar afectación en esta área lo relacionan principalmente a la baja frecuencia de las crisis o al inicio de la enfermedad en etapa de jubilación.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos para el área Sexual.

Tabla 5.

Área Sexual: distribución de pacientes con afectación / no afectación. Reportados en la Entrevista.

Distribución % Afectación Sexual	EC	CU	Total general
Afectada	83,33%	86,36%	85,71%
No Afectada	16,67%	13,64%	14,29%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%

Con respecto a la afectación sexual de los pacientes con EII, en la Tabla 5 se refleja que el 85,71% presenta afectación y 14,29% no reporta tener afectación en el área. En la Figura 6 se representa según el tipo de enfermedad.

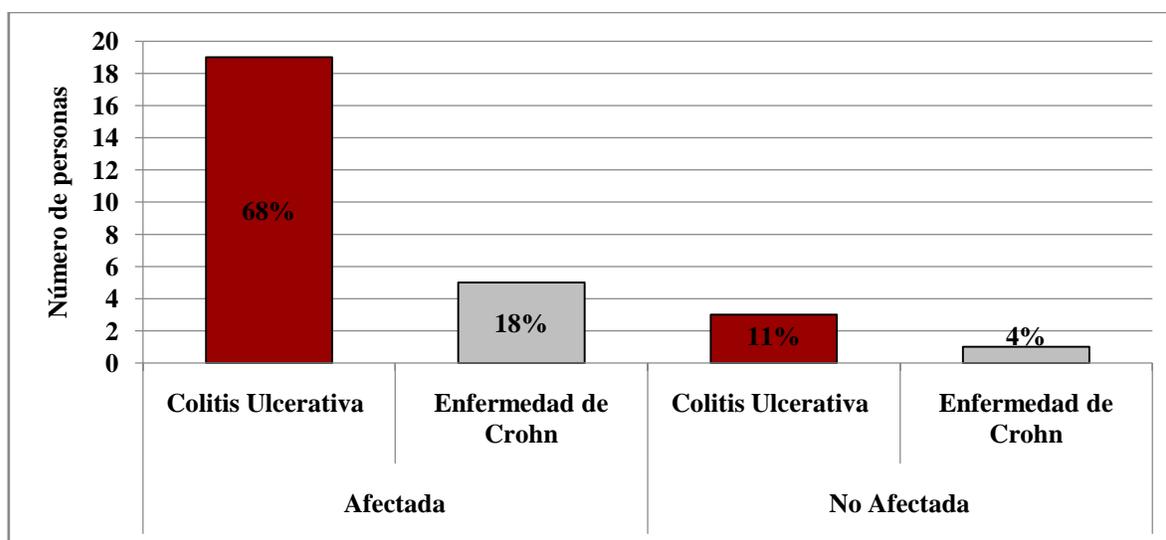


Figura 6. Área Sexual: distribución de pacientes con afectación / no afectación.

Los pacientes con EC que están afectados sexualmente corresponden al 18% (N=5) de la muestra y los pacientes no afectados corresponden al 4% (N=1). En cuanto a los pacientes con CU, la distribución de afectación sexual corresponde al 68% (N=19) están afectados en su desempeño, en su satisfacción y en la frecuencia con que interactúan sexualmente, y un 11% (N=3) no presentan afectación en el área. La afectación sexual se evidencio por: molestias o dolores físicos en zonas perianal, genital y abdominal, dificultad en alcanzar orgasmos, disminución del libido sexual lo cual impacta en la frecuencia sexual, pensamientos de temor a defecación durante el acto sexual, temor de ruptura o daño de órganos que habían sido intervenidos quirúrgicamente, pensamientos aversivos con respecto a lo sexual, complicaciones producto del padecimiento de otras enfermedades, y tendencia a desvincularse de las interacciones sexuales. Adicionalmente se pudo notar que durante las crisis se evidenciaba mayor afectación en el área.

A parte de la exploración de las áreas de vida del paciente, mediante la entrevista se exploró la existencia de un posible evento que generará la aparición de la EII.

Tabla 6.

Evento desencadenante: distribución de pacientes que perciben duelo / preocupaciones continuas como desencadenante de la EII.

Distribución % Evento Desencadenante	EC	CU	Total general
Duelo	50,00%	31,82%	35,71%
Preocupación	50,00%	68,18%	64,29%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%

Con respecto al evento asociado a la aparición de la enfermedad, en la Tabla 6 se refleja que el 35,71% de los pacientes percibió al duelo como un agente desencadenante de la enfermedad, mientras que el 64,29% percibió que presentar preocupaciones era el evento desencadenante de la EII.

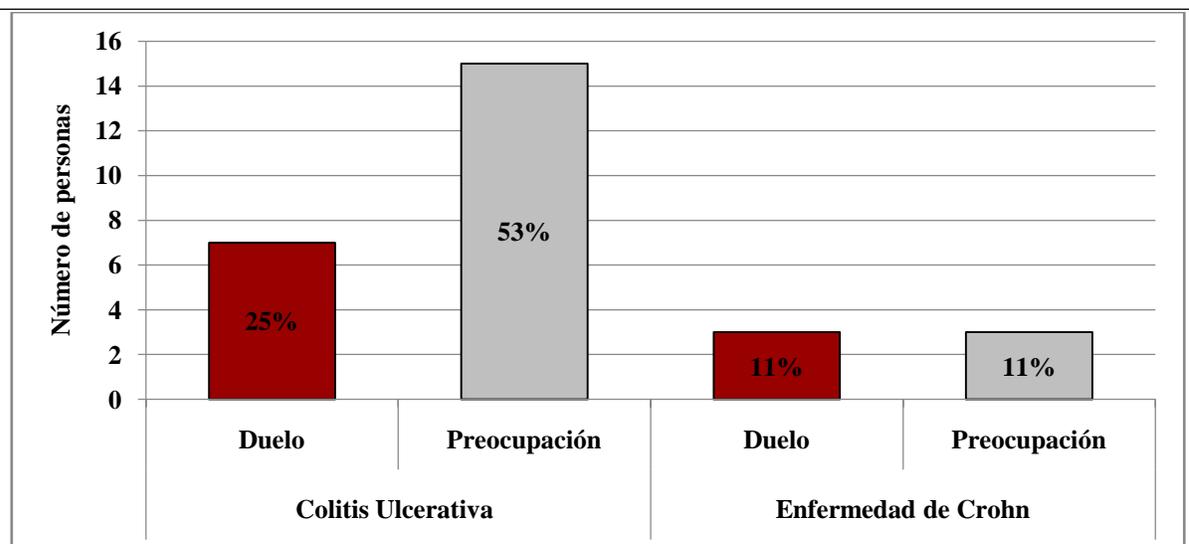


Figura 7. Evento Desencadenante: distribución de pacientes que perciben duelo / preocupaciones continuas como desencadenante de la EII.

Los pacientes con EC que perciben el duelo como evento generador del padecimiento de la enfermedad corresponden al 11% (N=3) y aquellos que perciben las preocupaciones como agente disparador corresponden al 11% (N=3) de la muestra total. Los pacientes con diagnóstico de CU reportan como evento desencadenante al duelo en un 25% (N=7) y a la preocupación en un 53% (N=15). Para el duelo los pacientes percibieron sensación de pérdida por muerte de familiares, separaciones de familiares y/o parejas, pérdida de expectativas del “hijo ideal” y/o pérdida de bienes materiales. En el caso de las preocupaciones los temas se enfocaron en situaciones familiares asociados a problemas económicos, de salud, conflictos por convivencia, historia de vida marcada por maltrato y agresión física, psicológica y verbal; preocupaciones en el área laboral por exigencias de superiores, por características del contexto de trabajo y/o por metas autoimpuestas; y preocupaciones situacionales relacionadas con tráfico, economía, inseguridad generalizada, interacciones sociales o vivienda.

Por su parte, mediante la aplicación del Test Proyectivo Wartegg se buscaba conocer el manejo que los pacientes con EII estaban teniendo respecto a su ansiedad, si había presencia de fatiga, si poseían recursos intelectuales para afrontar las demandas de la enfermedad.

Tabla 7.

Manejo de la ansiedad: distribución de pacientes con manejo adecuado / inadecuado. Reflejado en el Test de Wartegg.

Distribución Manejo de la Ansiedad	%	EC	CU	Total general
Adecuado	0,00%	9,09%	7,14%	
Inadecuado	100,00%	90,91%	92,86%	
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	

Con respecto al manejo de la ansiedad de los pacientes con EII, en la Tabla 7 se refleja que el 7,14% tiene un manejo adecuado de la ansiedad y 92,86% evidencian un manejo inadecuado de la ansiedad. En la Figura 6 se representa según el tipo de enfermedad.

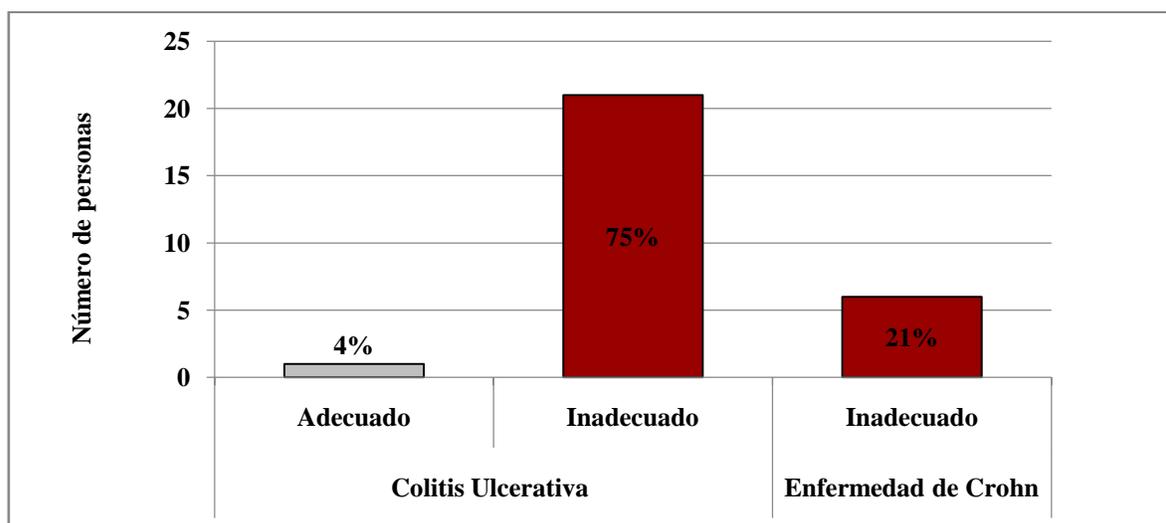


Figura 8. Manejo de la Ansiedad: distribución de pacientes con manejo adecuado / inadecuado.

La totalidad de los pacientes con EC evidencian un manejo inadecuado de la ansiedad 21% (N=6) de la muestra total. En cuanto a los pacientes con CU, la distribución de manejo de la ansiedad corresponde al 75% (N=21) evidencian un manejo inadecuado de la ansiedad, mientras que el 4% (N=1) muestra un manejo adecuado de la ansiedad caracterizado por intelectualización de los elementos que le generan dicha ansiedad. Por su parte, el manejo inadecuado está representado por evasión de la realidad, represión de los estímulos estresores, dificultad para concentrarse y resolver problemas así como multiplicación de los mismos, falta

de adaptación ante las situaciones cotidianas, exceso de análisis, mecanismos agresivos e inmaduros para manejar la ansiedad.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos en relación a la fatiga.

Tabla 8.

Fatigabilidad: distribución de pacientes con fatiga / no fatiga. Reflejado en el Test de Wartegg.

Distribución % Fatigabilidad	EC	CU	Total general
Fatigado	83,33%	95,45%	92,86%
No Fatigado	16,67%	4,55%	7,14%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%

Con respecto a la proyección de fatiga por parte de los pacientes con EII, en la Tabla 8 se refleja que el 92,86% evidencian fatiga, mientras que un 7,14% evidencia energía en su capacidad para accionar. En la Figura 9 se representa según el tipo de enfermedad.

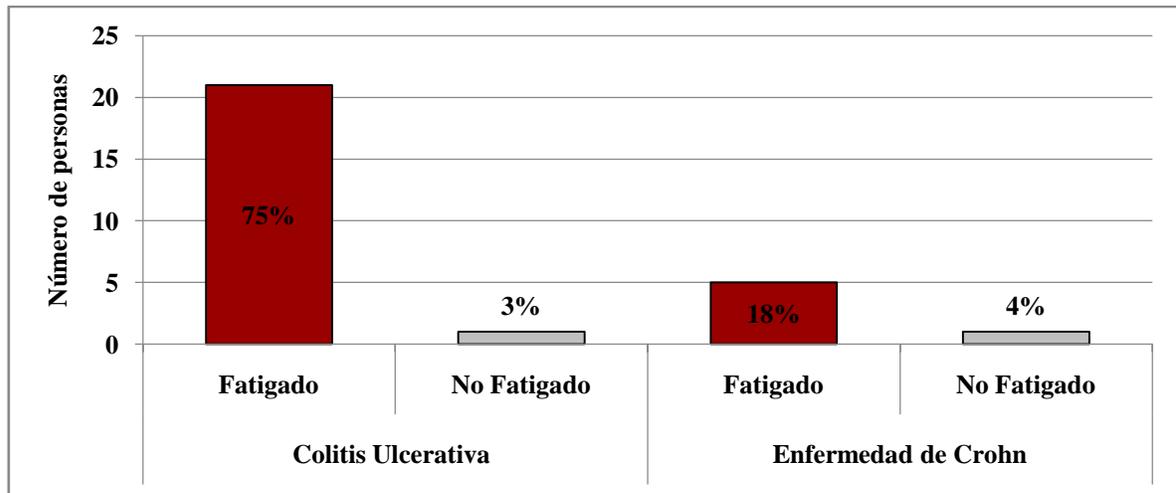


Figura 9. Fatigabilidad: distribución de pacientes con fatiga / no fatiga.

Los pacientes con EC que evidencian fatiga corresponden a un 18% (N=5), mientras que los pacientes que muestran energía y se encuentran orientados a la acción corresponden al 4% (N=1) de la muestra total. En cuanto a los pacientes con CU, que evidencian fatiga

corresponden a un 75%(N=21), mientras que los pacientes que muestran energía y se encuentran orientados a la acción corresponden al 3% (N=1) de la muestra total. Por su parte, la fatiga evidenciada está representada por falta de iniciativa, dificultad para definirse frente a los conflictos, inhibición de la voluntad e indecisión.

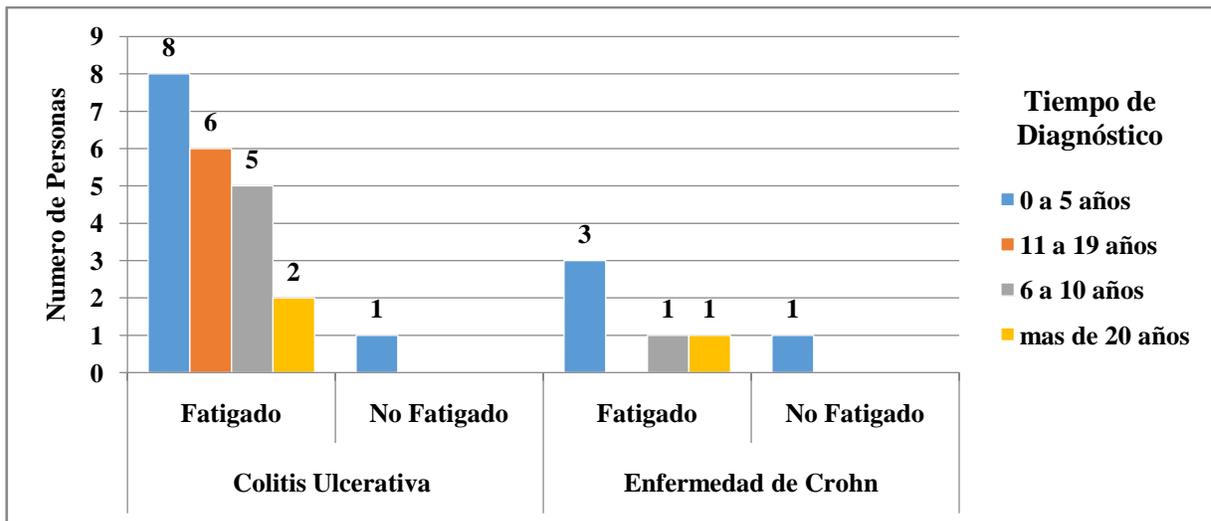


Figura 10. Fatigabilidad: distribución de pacientes con fatiga / no fatiga según el tiempo de diagnóstico reflejado en el Test de Wartegg.

Las personas que evidencian energía y se encuentran orientados a la acción presentan la enfermedad desde hace menos de 5 años, sin embargo, no todos los pacientes con el mismo tiempo de enfermedad se encuentran en esta categoría; las personas que evidencian fatiga corresponden a tiempos de enfermedad entre 0-20 años de enfermedad, es decir, la presencia de fatiga pareciera no estar asociada al tiempo de diagnóstico de enfermedad.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos en relación los recursos intelectuales.

Tabla 9.

Recursos Intelectuales: distribución de pacientes que presentan recursos/ carecen de recursos. Reflejado en el Test de Wartegg.

Distribución % Recursos Intelectuales	EC	CU	Total general
Presenta	83,33%	59,09%	64,29%
No Presenta	16,67%	40,91%	35,71%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%

Con respecto a la proyección de recursos intelectuales por parte de los pacientes con EII, en la Tabla 9 se refleja que el 64,29% presentan recursos intelectuales para resolver problemas, mientras que un 35,71% no evidencia recursos de carácter intelectual para resolver las contingencias presentadas por el ambiente. En la Figura 11 se representa según el tipo de enfermedad.

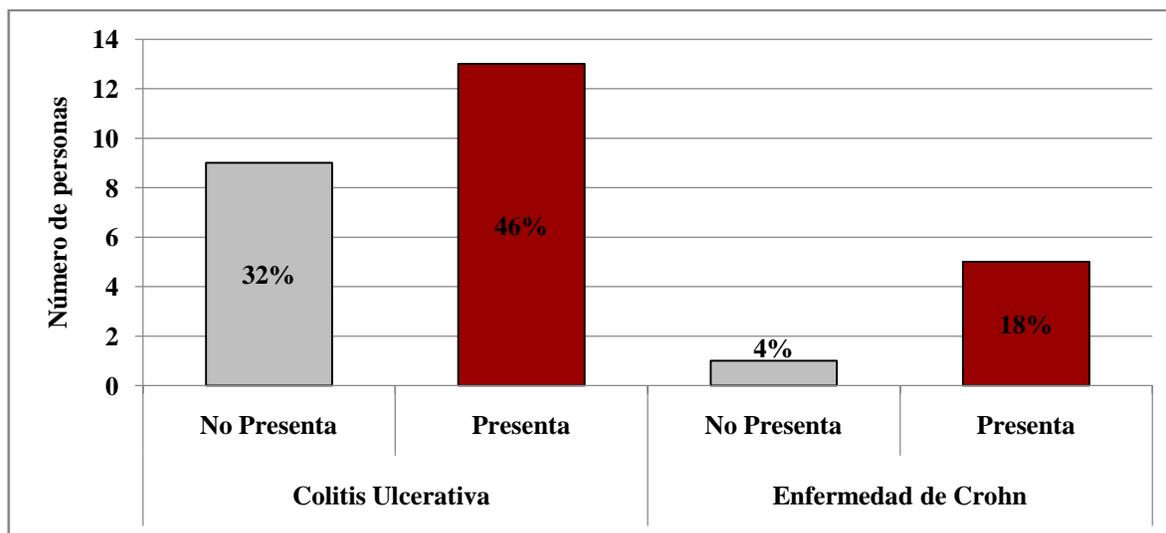


Figura 11. Recursos Intelectuales: distribución de pacientes que presentan recursos/ carecen de recursos.

Los pacientes con EC que evidencian recursos intelectuales corresponden a un 18% (N=5), mientras que los pacientes que no evidencian recursos de carácter intelectual para resolver problemas corresponden al 4% (N=1) de la muestra total. En cuanto a los pacientes con CU,

que evidencian recursos intelectuales corresponden a un 46% (N=13), mientras que los pacientes que no evidencian recursos de carácter intelectual para resolver problemas corresponden al 32% (N=9) de la muestra total. Por su parte, la presencia de recursos intelectuales evidenciada está representada por capacidad de razonamiento, de relacionar ideas, de síntesis, integración y organización, asociación, correlación y deducción.

En lo concerniente a la aplicación del Test Proyectivo Figura Humana Bajo la Lluvia se buscaba conocer la percepción que tenían los pacientes de sí mismos, de los eventos estresores en términos de la presión y amenaza y la situación de amenaza propiamente dicha, así como conocer la manera en cómo estaban afrontando las situaciones problema.

Tabla 10.

Autopercepción: distribución de pacientes con autopercepción positiva/ negativa reflejado en el Test de Figura Humana Bajo la Lluvia.

Distribución % Autopercepción	EC	CU	Total general
Negativa	66,67%	90,91%	85,71%
Positiva	33,33%	9,09%	14,29%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%

Con respecto a la autopercepción de los pacientes con EII, en la Tabla 10 se refleja que el 85,71% proyectan una percepción negativa de sí mismos, mientras que un 14,29% proyecta una percepción positiva de sí mismos. En la Figura 12 se representa según el tipo de enfermedad.

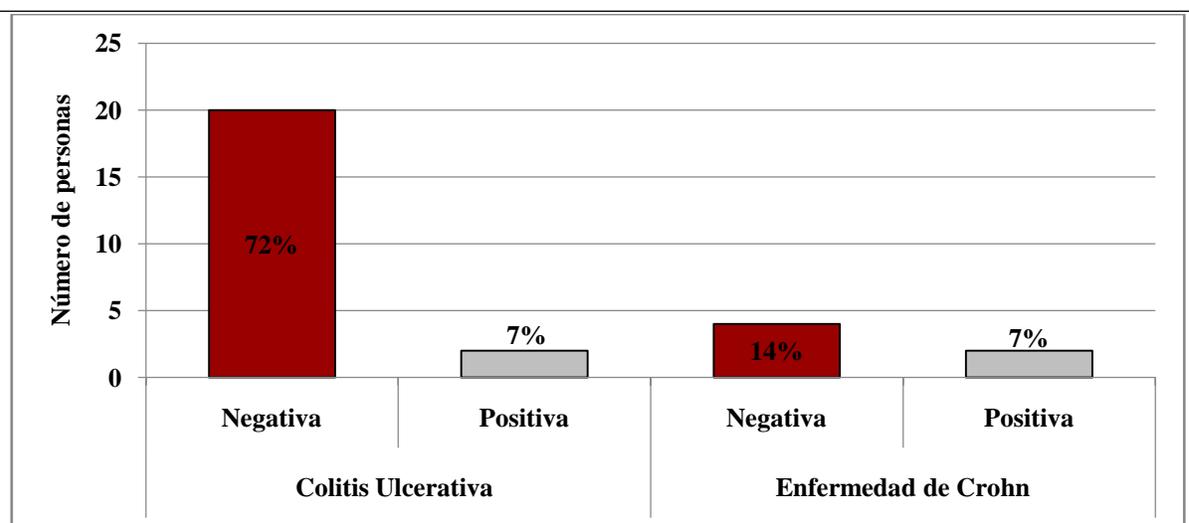


Figura 12. Autopercepción: distribución de pacientes con autopercepción positiva/ negativa.

Los pacientes con EC que evidencian una autopercepción positiva corresponden a un 7% (N=2), mientras que los pacientes que evidencian una percepción negativa corresponden a un 14% (N=4). En cuanto a los pacientes con CU que evidencian una autopercepción positiva corresponden a un 7% (N=2), mientras que los pacientes que evidencian una percepción negativa corresponden a un 72% (N=20). Las proyecciones con respecto a la percepción positiva de sí mismos estuvieron representadas por características tales como: personas centradas, armónicas, disponibles para enfrentar situaciones actuales, ajustadas a la realidad, equilibradas, diplomáticas, negociadoras, conciliadoras, amantes de la tranquilidad, alegre, eufóricos y/o con necesidad de avanzar hacia el futuro. Por su parte, las proyecciones con respecto a la percepción negativa de sí mismos estuvieron caracterizadas por: introversión, inseguridad, pesimismo, tendencia a encerrarse en sí mismo, oposicionismo, problemas de identidad, torpeza, dificultad en la toma de decisiones, autoexigencia, agresión, disconformidad corporal, dependencia, obsesión, preocupación por lo que digan otras personas, carácter dominante y autoritario, excesiva necesidad de apoyo, sentimientos de inferioridad, deseo de poder y vanidad, impaciencia y dificultades en dar y/o recibir.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos en relación a la percepción del evento estresor.

Tabla 11.

Percepción del evento estresor: distribución de pacientes con percepción de situación estresante y presión reflejada en el Test de Figura Humana Bajo la Lluvia.

Distribución %				
Percepción del Evento Estresor:				
Situación estresante y Presión		EC	CU	Total general
Escasa	No hay	16,67%	13,64%	14,29%
	Poca	16,67%	13,64%	14,29%
	Mucha	0,00%	4,55%	3,57%
Excesiva	No hay	50,00%	4,55%	14,29%
	Poca	0,00%	9,09%	7,14%
	Mucha	16,67%	54,55%	46,43%
Total general		100,00%	100,00%	100,00%

La percepción del evento estresor clasificada en situación estresante y percepción de presión de los pacientes con EII, se refleja en la Tabla 12 se la siguiente manera: los pacientes que perciben estar en una situación escasamente estresante, sin evidenciar presión por parte de su ambiente muestran una misma distribución que los pacientes que evidencian poca presión y corresponden al 14,29% respectivamente; por su parte, un 3,57% percibe encontrarse bajo una situación escasamente estresante, pero con mucha presión por parte de su ambiente. De los pacientes que perciben estar en bajo una situación estresante excesiva, el 14,29% no percibe presión de su ambiente, el 7,14% percibe poca presión, y el 46,43% percibe mucha sensación de amenaza por parte del ambiente.

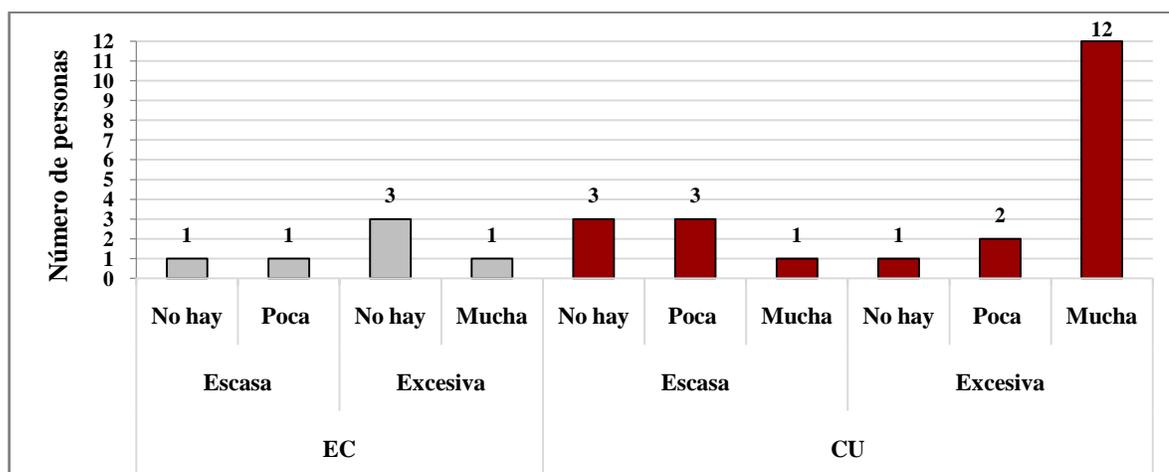


Figura 13. Percepción del evento estresor: distribución de pacientes con percepción de situación estresante y presión.

De los pacientes con EC que perciben estar en una situación escasamente estresante, una (1) persona no evidencia presión y amenaza por parte del ambiente, y una (1) persona percibe poca presión; la percepción estresante de forma excesiva en los pacientes con EC, tiene una distribución de la siguiente manera: una (1) persona percibe mucha presión, y tres (3) personas no perciben presión y amenaza por parte del ambiente. Para el caso de los pacientes con CU que perciben estar en una situación escasamente estresante, tres (3) personas no evidencian presión y amenaza por parte del ambiente, tres (3) personas perciben poca presión, y una (1) persona percibe mucha presión y amenaza del ambiente. Por su parte, de los pacientes con CU que perciben estar en bajo una situación estresante excesiva, una (1) persona no percibe presión de su ambiente, dos (2) personas perciben poca presión, y doce (12) personas perciben mucha sensación de amenaza por parte del ambiente.

La percepción estresante excesiva y el percibir mucha presión y amenaza por parte del ambiente se deben a: posibles eventos traumáticos en el pasado que quedaron sin resolver y dificultan el contacto con las emociones actuales, colocación de obstáculos a sí mismos, percepción de hostilidad de parte del medio, percepción de situaciones amenazantes que involucran todos los ámbitos de su vida, preocupaciones somáticas vivenciadas como fuente de amenaza, incertidumbre, sensación de agobio, y magnificación de los problemas lo que dificulta la resolución de los mismos.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos en relación a la presencia o ausencia de afrontamiento de eventos estresores por parte de los pacientes con EII.

Tabla 12.

Afrontamiento: distribución de pacientes que afrontan de manera adecuada / inadecuada reflejada en el Test de Figura Humana Bajo la Lluvia.

Distribución Afrontamiento Adecuado / Inadecuado	%	EC	CU	Total general
Adecuado	16,67%	68,18%	57,14%	
Inadecuado	83,33%	31,82%	42,86%	
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	

En la Tabla 13 se reportan los datos obtenidos en relación al afrontamiento que presentan los pacientes, la distribución quedó representada de la siguiente manera: 57,14% de los pacientes con EII no presentan afrontamiento, mientras que 42,86% presentan afrontamiento ante las situaciones generadoras de estrés.

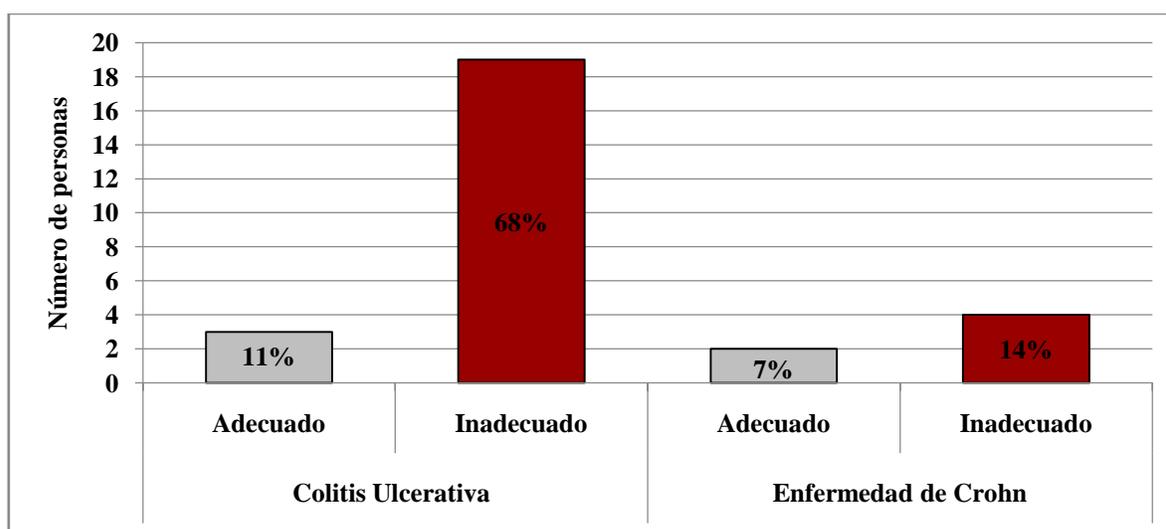


Figura 14. Afrontamiento: distribución de pacientes que presentan adecuado / inadecuado afrontamiento

Los pacientes con EC que presentan afrontamiento adecuado corresponden a un 7% (N=2), mientras que los pacientes que presentan afrontamiento inadecuado corresponden a un 14% (N=4). En cuanto a los pacientes con CU que presentan afrontamiento adecuado corresponden a un 11% (N=3), mientras que los pacientes que presentan afrontamiento

inadecuado corresponden a un 68% (N=19). Los pacientes con afrontamiento adecuado, afrontan las situaciones estresantes de las siguientes formas: con originalidad, creatividad, intuición, y disposición para enfrentar los problemas; en contraposición a esto hay pacientes que afrontan algunas situaciones estresantes de manera inadecuada por medio de: tendencia a enfermarse como mecanismo para afrontar, fabulación, ambivalencia al tomar decisiones y para avanzar hacia el futuro, hostilidad, aislamiento del entorno, compensación de sentimientos de inseguridad con fachadas de fortaleza corporal, y desplazamiento de defensas a figuras parentales.

VII. Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se discutieron a la luz de las categorías de análisis arrojadas por los instrumentos de recolección de información, así como del modelo psicológico de la salud biológica de Ribes (2011). Es importante retomar que según la Sociedad Venezolana de Gastroenterología y el Grupo Venezolano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (2013), el término EII incluye a un grupo de entidades clínicas (EC y CU) que se caracterizan por ser procesos inflamatorios crónicos, y afectar primordialmente, aunque no de forma exclusiva, al intestino. Los factores médicos asociados a la aparición de la EII se encuentran claramente identificados y descritos, no obstante el surgimiento de la enfermedad no se debe únicamente a factores de carácter médico. Autores como Tobon, Vinaccia, Quiceno, Sandin y Núñez (2007) afirman que desde comienzos del siglo XX las EII han sido consideradas como alteraciones de tipo psicosomático.

Se logró identificar la existencia de factores psicológicos asociados a la EII, por medio de la aplicación, interpretación y categorización de unidades de análisis de los Test Proyectivos Wartegg y Figura Humana Bajo la Lluvia, así como mediante una Entrevista Clínica Semiestructurada. Los datos encontrados en las tres fuentes de recolección de información se corroboran entre sí, es decir, datos como por ejemplo la autopercepción y la orientación hacia las relaciones interpersonales, arrojaron el mismo resultado en las tres evaluaciones.

El funcionamiento global encontrado en pacientes con EII así como sus áreas de afectación psicológica se encuentra caracterizado por: presencia de apoyo familiar y social, sin afectación en esta última, el área laboral y sexual se ven comprometidas, los pacientes muestran recursos intelectuales, fatiga, un manejo inadecuado de la ansiedad y con estrategias de afrontamiento, y se perciben a sí mismos de manera negativa.

Las personas que padecen EC estudiadas en la presente investigación, presentan resultados similares a los obtenidos por la muestra total de pacientes con EII; se diferencian de los resultados reportados en que estos no evidencian estrategias de afrontamiento, y para el área social la mitad de la muestra percibe afectación del área, mientras que la otra mitad

afirma que sus relaciones interpersonales permanecen intactas por lo que no se han visto afectadas.

En relación a las personas que padecen CU estudiadas en esta investigación, se diferencian de los datos de la muestra total de pacientes con EII, con respecto al área social en lo concerniente a la percepción de apoyo y afectación en el área, los pacientes no reflejan resultados de manera equitativa sino que sus percepciones estuvieron divididas.

Al explorar la percepción de eventos psicológicos estresores y su incidencia como factor desencadenante de la EII, se encontró que las preocupaciones eran el principal factor que estos pacientes identifican como desencadenante de la enfermedad, a su vez, las personas perciben estar bajo situaciones excesivamente estresantes y con mucha presión y amenaza por parte del ambiente.

Las personas con EC estudiadas en la presente investigación, perciben tanto al duelo como a las preocupaciones factores desencadenantes de la enfermedad; asimismo, la percepción del evento estresor es de forma excesiva sin percibir presión externa. Por su parte, las personas con CU destacan las preocupaciones como factor generador de la enfermedad, y perciben un exceso de situaciones estresantes con mucha presión del ambiente.

Las investigaciones antecedentes en cuanto a las dimensiones exploradas y su unidad de análisis, difieren de lo trabajado en la presente investigación en aspectos tales como:

- No presentan una definición clara y explícita de lo psicológico como unidad de análisis.
- Exploran la Ansiedad y Depresión como trastornos psicopatológicos.
- Establecen el Estrés Psicosocial y los Sucesos Vitales como posible causa de la EII. Adicionalmente sus objetivos se centran en la búsqueda de factores que determinen la aparición de la enfermedad, no obstante dichos factores son de tipo general, es decir, no hay una categorización específica que responda a un tipo de situación como desencadenante de la EII.

El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica (Ribes, 2011).

El modelo psicológico de Ribes (2011), constituye un modelo de interfase indispensable para relacionar variables de dos niveles lógicos inconmesurables (el biológico y el sociocultural), y a la vez que prescribe las modalidades y momentos en que es posible afectar el continuo bienestar-enfermedad a través de los estilos interactivos de los individuos con su entorno.

En este sentido, se concluye que al presentar prácticas individuales inadecuadas en distintas áreas de desenvolvimiento, se altera la vulnerabilidad biológica del individuo, aumentando la posibilidad de desarrollar un proceso de enfermedad biológica.

Partiendo de lo expuesto, se hace necesario el desarrollo de programas de intervención y prevención de recaídas en donde se atiendan temas asociados a la adherencia al tratamiento, al manejo de la ansiedad, estrategias de afrontamiento, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, y reestructuración de cognitiva.

Dignass, *et ál* (2015) plantean en el Segundo Consenso Europeo basado en evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática sugiere que concientizar al médico sobre el hecho de que los pacientes con angustia psicológica tienen dificultades en procesar información clínicamente relevante puede conducir a mejorar la comunicación médico-paciente. Las percepciones sobre la salud tienen impacto sobre la experiencia de la enfermedad. Esto se debe a que un menor nivel de información se asocia con una mayor preocupación. Es importante que los pacientes sean informados acerca de su condición a través de una entrevista individual, junto con el apoyo emocional y acompañamiento psicológico.

VIII. Limitaciones y recomendaciones

Los resultados encontrados en la presente investigación aportan evidencia sobre la existencia de factores psicológicos asociados a la EII, no obstante, es necesario tener en cuenta las limitaciones presentadas en este estudio, las cuales se describen a continuación:

- Las personas que formaron parte de la investigación debían cumplir con criterios excluyentes como lo son padecer EII en cualquiera de sus entidades EC o CU. Inicialmente para la aplicación de Pruebas se contó con una muestra bastante representativa la cual disminuyó en las siguientes fases (Entrevista y validación de las Pruebas) por factores asociados al diagnóstico diferencial de este tipo de enfermedad gastrointestinal.
- En relación al grupo de trabajo, el mismo asistió de forma voluntaria a las distintas fases de evaluación, sólo 6 personas con EC participaron en la investigación, por lo que se hace difícil generalizar los hallazgos encontrados en este grupo al resto de personas que padecen EII de tipo EC.
- En lo que respecta a la cantidad de personas que participaron en la investigación, esta se vio influenciada por la aprehensión que evidenciaron los pacientes hacia la participación voluntaria en investigaciones de este tipo.
- El tiempo estipulado para las sesiones de entrevista también representó una limitante para la investigación, ya que las entrevistas tenían un objetivo que cumplir, el cual respondía a la recolección de información acerca de las áreas de vida de los pacientes; no obstante, muchos de los pacientes afirmaron no haber asistido a una entrevista psicológica, y percibieron dicha sesión como una oportunidad para expresar sus miedos, y su necesidad de ser escuchados. Ante estas situaciones se brindó contención a los procesos emocionales abiertos por los pacientes, lo cual ocasiono que las sesiones se extendieran y en posteriores ocasiones se evaluara a una cantidad menor de pacientes por día.

-
- Otros estudios presentan como limitación la poca claridad sobre la unidad de análisis empleada y su consiguiente nivel de medida.

Partiendo de las limitaciones expuestas anteriormente, a continuación se presentan las recomendaciones:

- Se sugiere clarificar la unidad de análisis en futuras investigaciones.
- Realizar investigaciones de este tipo en donde se amplié el grupo de trabajo a otras entidades gastrointestinales tales como: Síndrome de Intestino Irritable (SII), Síndrome de Behcet, Colón Irritable, entre otras.
- Ampliar la muestra de pacientes con EII, en sus dos tipos EC y CU.
- Analizar los factores psicológicos, así como la ocurrencia de posibles eventos estresores como desencadenante de enfermedades crónicas.
- Replicar este tipo de estudio en otro momento y contexto económico, alimenticio y médico, en donde el impacto de estos factores en las recaídas no sea percibido por los pacientes como uno de los determinantes de la enfermedad.
- Llevar a cabo un estudio multicéntrico con la finalidad de evaluar y comparar los factores psicológicos asociados a la EII.

IX. Referencias

- Altuve, H., Matos, A., Galviz, K., & Veitia, G. (2016). Factores Psicológicos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal: un estudio exploratorio. *35° Congreso Panamericano de Gastroenterología*. Cartagena de Indias, Colombia.
- American Gastroenterology Association. (2001). The burden of gastrointestinal disease. *Intestinal Diseases, 30*(5).
- Crespo, M. y Larroy, C. (2002). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Dykinson. Edt. Dikinson.
- Cortada, K. (2000). *Técnicas Psicológicas de Evaluación y Exploración*. México. Edt. Trillas.
- Díaz-Sibaja, M., Comeche, M., y Mas Hesse, B. (2003). Tratamiento Psicológico en Grupo de las Enfermedades Intestinales. Recuperado el 28 de Agosto del 2016, de <http://www.psiquiatria.com/psicosomatica/tratamiento-psicologico-en-grupo-de-las-enfermedades-inflamatorias-intestinales/#>
- Dignass, A., Bokemeyer, B., Danese, S., Gionchetti, P., Moser, G., Beaugerie, L., Gomollón, F., Häuser, W., Herrlinger, K., Oldenburg, B., Panes, J., Portela, F., Rogler, G., Stein, J., Tilg, H., Travis, S., Lindsay, J., y Van Assche, G. (2015). Segundo consenso europeo basado en evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática. *80*(1). DOI: 10.1016/j.rgmx.2014.10.001
- González, M. y De Ascencao, M. (2005). Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos. *Revista de la facultad de medicina de la Universidad Central de Venezuela 28*(2): 139-145.
- González, M. (2016). Factores psicosociales asociados con la calidad de vida en las enfermedades inflamatorias del intestino. *Gen, 70*(1), 028-040. Recuperado en 28 de

enero de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032016000100006&lng=es&tlng=es.

Hammer, E. (1995). Test proyectivos gráficos. Paidós, México.

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. (4ª. ed.). México, DF: McGraw-Hill.

Hurtado, J. (2015). El proyecto de investigación. *Comprensión holística de la metodología y la investigación*. (8ª. ed). Venezuela, Caracas. Fundación Sypal.

Martí, E. (2009). Segundo Cerebro: Neurogastroenterología. Associació d'Afectats Còlon Irritable de Catalunya. Recuperado el 28 de enero de 2017, de http://vereda.ula.ve/gaccuv/wp-content/uploads/2009/11/Neurogastroenterologia_GACCUV_AACICAT_EstherMarti1.pdf

Muñoz, L. (s/f). Test Proyectivo “Wartegg”. Colegio de Psicólogos del Distrito Capital. Caracas: Venezuela.

Querol, S., y Chaves, M. (1997). Test de la persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación. (1ª, ed). Editorial Lugar. Buenos Aires.

Rey, M. (2010). Aspectos Psicológicos de la EII. *Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Hospital Clínico de Santiago. Santiago: Chile.

Ribes, E. (2011). Psicología y Salud. Un Análisis Conceptual. México: Trillas. Cap. 1 y 2.

Salomón, R. (2007). Enfermedad inflamatoria del intestino: colitis ulcerativa. *Gaceta Médica de Caracas*, 115(3), 183-202. Recuperado en 20 de Septiembre de 2016, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622007000300002&lng=es&tlng=es.

-
- Sihues, E., Añez, M., Lizarzabal, M., Rangel, R., Fernández, J., Romero, G., Latuff, Z., & Serrano, A. (2008). Características epidemiológicas, endoscópicas e histológicas de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gen*, 62(2), 100-105. Recuperado en 29 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032008000200005&lng=es&tlng=es.
- Sierra, J., Buéla-Casal, G., Garzón, A. y Fernández, M. (2004). La entrevista clínica. En G. Buéla-Casal y J. C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 41-71). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Silva, F. (1991). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros y J. Carroble (Eds.). *Evaluación conductual* (pp. 185-218). Madrid, España: Pirámide.
- Sociedad Venezolana de Gastroenterología, y Grupo Venezolano de EII (2013). Guía Práctica Clínica Venezolana sobre Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Recuperado el 20 de Agosto del 2016, de [http://www.sovegastro.org/pdf/libros/guia_practica/guia_practica_\(version13\).pdf](http://www.sovegastro.org/pdf/libros/guia_practica/guia_practica_(version13).pdf)
- Tchanturia, K., Davies, H., Reeder, C. y Wykes, T. (2010). *Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa*. Recuperado el 15 de julio de 2016, de http://media.wix.com/ugd/2e1018_f71866481f9f44e5a342fb068b891a8c.pdf
- Tobón, S., Sadin, B., y Vinaccia, S. (2005). Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos. Madrid: Klinik.
- Tobón, S., Vinaccia, S., Quiceno, J., Sandín, B y Nuñez, A. (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*. 25 (2): 1794-4724.

X. ANEXOS

Anexo 1. Ficha Técnica para la aplicación del Test Proyectivo Wartegg

TEST PROYECTIVO WARTEGG

Ficha técnica

Prueba proyectiva ideada por Eric Wartegg en 1940 y adaptada por C. Biedma y por D. Alfonso en 1960.

El propósito del test es conseguir una descripción de la personalidad a través de estímulos inestructurados tanto internos como externos que se revelan en la conducta del individuo. Se pretende revelar la cara interna de los estratos de la personalidad al ser proyectados en los dibujos del sujeto. Es una prueba proyectiva sencilla, fácil y de agrado para el sujeto. Utilizada en psicodiagnóstico.

Población: personas con diagnósticos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, sin distinción de edad.

Tiempo: no hay límite de tiempo, sin embargo, el promedio de su realización es de 15 a 25 minutos. Para el caso de aplicaciones masivas (colectivas) se sugiere un tiempo de 30 minutos.

Materiales: Protocolo impreso, lápiz y borra.

Administración: en un primer momento se les solicita a los examinados que escriban sus datos en la parte superior del protocolo (nombre, C.I, fecha de nacimiento, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, teléfono, correo electrónico, diagnóstico y tiempo de diagnóstico) es obligatorio que llenen todos los campos.

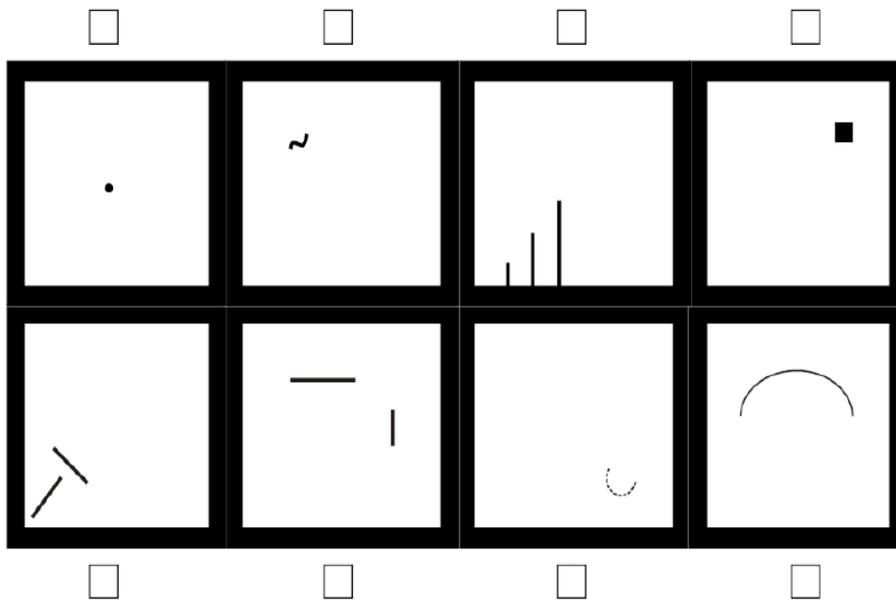
Instrucciones de la prueba: El test consta de 8 cuadros, deberán dibujar lo que quieran en cada recuadro; dicho dibujo será realizado a lápiz, sin reglas ni pautas a partir de los estímulos presentados.

Que decir: “a continuación se presentan una serie de dibujos que están comenzados, pero no terminados, ustedes van a terminarlos como les parezca mejor”. Pueden realizar los dibujos en el orden que deseen pero deben colocar el número de acuerdo con la misma secuencia escogida, en el lugar que hay arriba o debajo de cada campo, específicamente en un cuadrado pequeño blanco y luego darle un nombre al dibujo realizado colocándolo en donde dice títulos, con números del 1 al 8 que representan cada campo con su número. Importante, no deben rotar el papel ni utilizar instrumentos de ayuda tales como: reglas, compás, entre otros”.

Anexo 2. Test Proyectivo Wartegg

TEST DE WARTEGG

Nombre: _____ Cedula de Identidad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Diagnóstico: _____ Tiempo de diagnóstico: _____



TÍTULOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Anexo 3. Ficha Técnica para la aplicación del Test Proyectivo Figura Humana Bajo la Lluvia

TEST PROYECTIVO FIGURA HUMANA BAJO LA LLUVIA

Ficha técnica

Prueba proyectiva ideada por Silvia Mabel Querol y María Chávez Pazen en 1980.

El propósito del test es obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador, y así observar que tipo de defensas utiliza. Es una prueba proyectiva sencilla, fácil y de agrado para el sujeto. Utilizada en psicodiagnóstico.

Población: personas con diagnósticos asociados a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, sin distinción de edad, ni sexo.

Tiempo: no hay límite de tiempo, sin embargo, el promedio de su realización es de máximo 30 minutos.

Materiales: Hoja blanca, lápiz, borra y sacapuntas.

Administración: Puede ser aplicado de forma individual o grupal. En un primer momento se les solicita a los examinados que escriban sus datos en la parte de atrás de la hoja (nombre, C.I, fecha de nacimiento, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, teléfono, correo electrónico, diagnóstico y tiempo de diagnóstico) es obligatorio que llenen todos los datos solicitados.

Instrucciones de la prueba: Se entrega la hoja blanca de forma vertical (a lo largo), el examinado puede modificar la posición del papel, debe respetársele dicha elección; posteriormente se hace entrega del lápiz, un borra, y un sacapuntas.

Qué decir: se debe decir una única consiga “Dibuje una persona o figura humana bajo la lluvia”.

Es importante decirle al examinado que no hay dibujo correcto o incorrecto. En caso de que algún examinado exprese que no sabe dibujar, el administrador del test debe incentivar a que realice el dibujo como mejor le parezca.

 Anexo 4. Guión de Entrevista Semiestructurada

Guion de entrevista a pacientes con EII

El día de hoy estaremos conversando sobre algunos aspectos de su vida, así como la incidencia que ha tenido la enfermedad en dichas áreas.

1. ¿Coméntenos qué enfermedad padece, tiempo de diagnóstico y tiempo cursante con tratamiento?
2. ¿Consideras que hay algún área de tú vida que se ha visto afectada?

Exploración de las áreas:

Familiar	-Coméntenos cómo está conformada su familia cercana. -Con cuál de ellos se la lleva mejor, con cuál no tan bien y por qué? -Ha requerido apoyo de su familia para el manejo de la enfermedad?, lo ha obtenido, cuál ha sido?
Social	-Frecuenta o mantiene relaciones de amistad con otras personas? -Tienen intereses en común, cuáles? -Considera a estas personas como significativas para usted? Sí, no, por qué? -Ha requerido apoyo de sus amistades para el manejo de la enfermedad?, lo ha obtenido, cuál ha sido?
Laboral	-Trabaja actualmente, describa su ocupación. Que hace y como lo hace? -Logras trabajar todos los días? Mantienes un horario de trabajo fijo? Cómo es su ambiente laboral? -Ha notado si el desempeño de sus funciones se ha visto disminuido o afectado por la enfermedad? De un ejemplo.
Sexual	-En la actualidad tiene pareja sexual? Sí, no, cuantas? -Tiene una vida sexualmente activa? Si, no, frecuencia sexual, método de activación, calidad de los encuentros sexuales? -Cuál es su orientación sexual? -Ha notado si algún aspecto de su sexualidad se ha visto afectado producto de la enfermedad? De un ejemplo.

3. ¿Cómo ha manejado su enfermedad
4. ¿Experimenta miedo asociado a la enfermedad? Mencione algunos de ellos. Adicionalmente, que aspectos de la enfermedad le ha sido más difícil de afrontar, que herramientas ha usado para salir de ellos.
5. ¿Considera que ocurrió algún evento interno (emocional) o externo (situacional) en su vida que desencadenó la enfermedad?

Anexo 5. Guión de Entrevista de Validación de Wartegg

Guión de entrevista de validación del Wartegg

1. Explique brevemente lo que dibujo en cada campo.
2. Aparte de lo que usted dibujo ¿en qué más le hicieron pensar los signos?
3. ¿Con que áreas de tu vida relacionas cada uno de los dibujos?
4. Realice una jerarquización partiendo del dibujo que más le gusta, hasta el que menos le gusta.
5. Realice una jerarquización partiendo del dibujo que le pareció más fácil, hasta el más difícil.
6. ¿Ha experimentado ansiedad desde que padece la enfermedad? en una escala del 1 al 10 díganos que tan intenso ha sido.
7. ¿Se ha sentido fatigado desde que padece la enfermedad? en una escala del 1 al 10 díganos que tan intenso ha sido.
8. ¿En su vida cotidiana se orienta por el establecimiento de objetivos y metas retadoras?
9. Al paciente se le asigna una imagen, el mismo deberá lograr que la otra persona reproduzca la imagen sin decirle que imagen es. Se evaluará la capacidad del paciente para dar instrucciones, planificación.
 - a. Ahora que ve el resultado, ¿lo hubiese descrito de otra manera?
 - b. ¿Puede relacionar su ejecución en esta tarea con otras actividades de su vida diaria?

