

Estudio de la Emoción Expresada familiar en relación al curso de la Enfermedad de Crohn

J. Jaureguizar Albonigamayor¹, A. Espina Eizaguirre²

Resumen

Introducción: *La Enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal, de etiología desconocida y curso crónico impredecible. Varios estudios se han centrado en el análisis de variables psicológicas relacionadas con el curso de esta enfermedad, aunque son muy escasas las investigaciones en torno a los factores contextuales, y más escasas aún las investigaciones sobre el entorno familiar de los pacientes. El objetivo de este trabajo es describir los factores clínicos y contextuales asociados al curso de la Enfermedad de Crohn. Métodos:* Se estudiaron variables clínicas relacionadas con la enfermedad, así como los niveles de ansiedad (SAS), depresión (BDI) y acontecimientos vitales estresantes de los pacientes. También se analizó la ansiedad (SAS), depresión (BDI), apoyo social y Emoción Expresada de los familiares. **Resultados:** *Se observó que entre las variables predictoras de recaída, las variables familiares adquieren gran importancia, especialmente la alta Emoción Expresada de madres y esposas.*

Palabras clave: Enfermedad de Crohn (EC). Emoción Expresada (EE). Familia. Recaída.

Summary

Introduction: *Crohn's Disease (CD) is an inflammatory bowel disease, which a etiology is unknown and the course unpredictable. Many researches have studied some psychological variables related to the course of this disease. In the contrary, very few studies have analysed environmental variables, and even fewer have studied the familiar environment of these patients. The aim of this study is to describe the clinical and environmental factors related to the course of CD. Method:* Clinical variables related to the disease were analysed, as well as patients'

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco. San Sebastián (Guipúzcoa).

²Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Málaga II. Hospital Marítimo. Torremolinos. Servicio Andaluz de Salud.

Correspondencia: Dra. Joana Jaureguizar Albonigamayor
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, UPV.
Avenida de Tolosa, 70
20018 San Sebastián (Guipúzcoa)
E-mail: pspjaalj@ss.ehu.es

anxiety (SAS) and depression (BDI) levels, and their stressful life events. Relatives' anxiety (SAS), depression (BDI), social support and Expressed Emotion were also measured. Results: Among all the variables that predicted relapses, relatives' variables exerted a relevant influence on the course of CD, specially mothers' and wives' high Expressed Emotion.

Key words: Crohn's Disease (CD). Expressed Emotion (EE). Family. Relapse.

INTRODUCCIÓN

González Lara *et al.*, definen la Enfermedad de Crohn (EC) como *una enfermedad inflamatoria crónica recidivante de etiología desconocida que, aunque desde el punto de vista microscópico-inmunológico afecta a todo el tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, macroscópicamente se localiza, sobre todo, en el íleon terminal-colon, de forma segmentaria y discontinua, afectando a todas las capas intestinales.*

Aunque la etiología de la EC aún se desconoce, una gran cantidad de estudios han tratado de estudiar los factores que puedan exacerbar su curso, es decir, aquellos factores pronósticos de recaída una vez que la enfermedad ya ha sido diagnosticada. Entre estos estudios, cabría destacar aquellos que han investigado variables psicológicas de los pacientes que pueden estar relacionadas con una mayor o menor probabilidad de recaer. Así, entre los factores psicológicos que afectan negativamente al curso de la EC se han destacado la sintomatología ansiosa y la depresiva. Pérez *et al.*, señalan que el correlato psicológico que surge secundariamente a la enfermedad contribuye a su agravamiento. Andrews *et al.*, en esta misma línea, observaron que la presencia de ansiedad y depresión en la EC afectaba adversamente a la recuperación física de los pacientes. Por su parte Keighley *et al.*, y Weinryb *et al.*, observaron que la sintomatología ansiosa dificulta la recuperación post-quirúrgica de estos pacientes. Por el contrario, aunque North *et al.*, observaron que la depresión variaba concurrentemente con las exacerbaciones de la enfermedad, no encontraron evidencia que indicara que la depresión precipitara los brotes en la muestra utilizada.

En este trabajo no sólo se han analizado estos factores psicológicos de los pacientes (síntomas ansiosos y de depresión), sino también factores familiares (especialmente, la Emoción Expresada).

Las investigaciones que específicamente estudian la influencia del entorno familiar de los pacientes con Enfermedad de Crohn en el curso de la misma son muy escasas. Habría que señalar el estudio de Vaughn *et al.*, en el que se estudió la influencia de la Emoción Expresada familiar en el curso de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII, que engloba tanto a la Enfermedad de Crohn como a la Colitis Ulcerosa).

La Emoción Expresada (EE) es un constructo indicador de las actitudes emocionales y conductas de los familiares respecto al paciente, y ha sido aplicado al estudio del curso de numerosas patologías.

La versión abreviada de la Cambrewell Family Interview (CFI) es el método estándar para medir el constructo de EE. Las entrevistas se realizan a aquellos familiares que conviven con el paciente (padres o cónyuges) y que más tiempo pasan con él. Las entrevistas son grabadas en audio para su posterior evaluación. En cuanto a la fiabilidad del instrumento, ésta se basa en el acuerdo interjueces.

Según Leff y Vaughn las cinco escalas que componen la EE son las siguientes: criticismo (CC), hostilidad (H), sobreimplicación emocional (SIE), calor (C) y comentarios positivos (CP) (aunque al establecer el "Índice de Emoción Expresada" tan sólo se tienen en cuenta las tres primeras escalas, ya que son ellas las que han demostrado tener un mayor valor predictivo de recaídas en diferentes patologías).

El objetivo del presente trabajo sería describir los factores clínicos y contextuales asociados al curso de la Enfermedad de Crohn.

MÉTODOS

Muestra

Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes: sujetos diagnosticados de Enfer-

edad de Crohn según criterios médicos, de edad comprendida entre 15 y 65 años y residentes en la Comunidad Autónoma Vasca.

Características de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 87 sujetos: 40 pacientes (29 varones y 11 mujeres) y 47 familiares (18 madres, 9 padres, 13 esposas y 7 esposos).

En la Tabla 1 se resumen algunas características sociodemográficas de los pacientes.

Tabla 1

Características de los pacientes de la muestra (n = 40)

CARACTERÍSTICAS	
	Media (DT)
Edad de inicio de enfermedad:	25,73 (11,63)
Meses de enfermedad:	79,31 (69,45)
Nº total de recaídas:	17,95 (57,06)
Nº total de ingresos:	4,08 (3,98)
	n (%)
Pacientes intervenidos quirúrgicamente:	21 (52,5)
Con complicaciones:	31 (77,5)
Con recaída en los últimos tres meses:	16 (40)
Tratamiento farmacológico:	
1. Sin tratamiento	11 (27,5)
2. Mesalazina	12 (30)
3. Inmunosupresores	3 (7,5)
4. Corticoides	1 (2,5)
5. Infiximab	2 (5)
6. Tratamiento combinado	10 (25)
7. Otros	1 (2,5)
Tabaco:	
1. No	27 (67,5)
2. Sí	13 (32,5)
Con antecedentes familiares:	6 (15)

Variables e instrumentos de medida

– Variables sociodemográficas, valoradas mediante una escala ad hoc.

– Variables sobre la enfermedad del paciente, recogidas por un gastroenterólogo.

– Emoción Expresada familiar, evaluada me-

dante la Camberwell Family Interview (CFI). Se realizaron las entrevistas a los cónyuges o padres (madres, padres y en los casos en los que fue posible, se entrevistó a ambos padres) y éstas fueron grabadas en audio para su posterior evaluación.

– Ansiedad, evaluada mediante la Self-Rating Anxiety Scale (SAS) de Zung. Se trata de una escala de autoinforme, que consta de 20 ítems que recogen información centrada en los síntomas psicológicos y físicos de la ansiedad del último mes. Se considera una puntuación normal aquella que es igual o inferior a 35, mientras que se considera que existe una ansiedad patológica cuando la puntuación es mayor que 45.

– Depresión, evaluada mediante el Beck Depression Inventory (BDI) de Beck, *et al.* Conde y Franch tradujeron el cuestionario al castellano y lo tipificaron para la población española, obteniendo los siguientes baremos: depresión ausente o mínima (≤ 11), leve (12-21), moderada (22-29), grave (≥ 30).

– Apoyo social de los familiares. Se utilizó la Escala de Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de la Universidad de California, traducida y baremada para la población española por Conde y Franch, que valora el nivel y la calidad de apoyo: <15 : bajo; 15-29: moderado; y >30 : alto.

– Acontecimientos vitales estresantes. Se utilizó la Escala de Acontecimientos Vitales del Departamento de Salud Mental de California, traducida y baremada por Conde y Franch. Esta escala, de administración heteroaplicada, evalúa el nivel de estrés experimentado por el sujeto durante el último año, recogiendo los acontecimientos vitales estresantes que haya podido vivir.

Procedimiento

Este estudio forma parte de otro más amplio sobre el curso de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal y su relación con la Emoción Expresada, becado por la Fundación Jesús Gangoiti Barrera. La muestra fue recogida en Hospitales de Vizcaya y Guipúzcoa.

El procedimiento se dividió en dos fases: la primera de evaluación inicial, y la segunda, 12 meses después, de seguimiento. En la evaluación inicial se recogieron las variables sociodemográficas

ficas mediante una escala *ad hoc*, características de la enfermedad y otras variables clínicas de los pacientes (ansiedad y depresión), así como variables de los familiares (ansiedad, depresión, acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y Emoción Expresada familiar).

En la fase de seguimiento las variables medidas fueron: el número de recaídas basadas en criterios médicos durante los 12 meses de seguimiento, el tratamiento farmacológico y los acontecimientos vitales vividos por el paciente.

Los análisis estadísticos utilizados fueron: correlaciones, Chi cuadrado, T-test, y regresiones logísticas multinomiales. En cuanto a éstas últimas, la inclusión de las variables independientes en el modelo de regresión se realizó una por una, y cada uno de los nuevos modelos se comparó con el modelo base (sin variables independientes), mediante la comparación de los valores de $-2 \text{ Log Likelihood } (-2LL)$ o $-2 \text{ Logaritmo de la Verosimilitud}$. Una disminución en el valor de $-2LL$ de 5,02 = χ^2 para un grado de libertad (inclusión de una variable) se consideró estadísticamente significativa ($p < 0,05$), y una disminución en el valor de $-2LL$ de 7,38 = χ^2 para dos grados de libertad (inclusión de dos variables) se consideró asimismo estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Los análisis fueron realizados con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 12.

RESULTADOS

A. Resultados descriptivos

La tasa de recaídas durante los doce meses de seguimiento fue de un 45% (n= 18), frente al 55% (n = 22) que no recayó. Por otro lado, el 38,9% (n = 7) de los pacientes tuvieron que ser hospitalizados durante el seguimiento.

La Tabla 2 recoge los resultados descriptivos de la ansiedad y depresión de los pacientes (no se pudo recoger esta información de 5 pacientes de la muestra) y familiares. Tal y como se observa, hay un mayor número de pacientes con niveles moderados-altos de ansiedad, que de depresión.

En cuanto a las variables familiares, 18 familias puntuaron alto en EE (45%), mientras que las 22 restantes eran familias bajas en EE (55%). En una de las familias que puntuaron alto en EE, fueron ambos padres los que eran altos en EE, en 11 casos fueron las madres y en 6 las esposas.

El único padre que puntuó alto en EE lo hizo por una alta puntuación en Criticismo (CC), mientras que todas las madres altas en EE (n =

Tabla 2
Resultados descriptivos en la Self-Rating Anxiety Scale (SAS) y el Beck Depression Inventory (BDI) de los pacientes y familiares

	SAS			BDI			
	<35 n(%)	35-45 n(%)	>45 n(%)	<12 n(%)	12-21 n(%)	22-29 n(%)	≥ 30 n(%)
Pacientes (n = 35)	18(51,4)	11(31,4)	6(17,1)	24(68,6)	7(20)	3(8,6)	1(2,9)
Familiares hombres	12(80)	3(20)	–	12(85,7)	2(14,3)	–	–
Familiares mujeres	12(46,2)	11(42,3)	3(11,5)	16(61,5)	9(34,6)	1(3,8)	–
*Familiares hombres: padres y esposos							
*Familiares mujeres: madres y esposas							

12) lo fueron por una alta SIE, o por una combinación de SIE y otra subescala (H o CC).

En cuanto a las esposas que puntuaron alto en EE (n = 6), 4 lo hicieron por puntuar alto en SIE y 2 por puntuar alto tanto en Criticismo (CC) como en Hostilidad (H).

Si establecemos el punto de corte en ≥ 3 para una puntuación alta en Calor, se observó que un mayor número de madres mostraron Calor (n=10; 61,1%), seguidas de los padres (n = 4; 44,4%), de los esposos (n = 3; 42,9%) y por último de las esposas (n = 4; 30,8%).

Analizando el resto de variables estudiadas en los familiares, se puede observar que tanto los niveles de ansiedad, como de depresión y estrés son superiores en las mujeres de la muestra (madres y esposas), si los comparamos con los de los hombres (padres y esposos) (ver tablas 2 y 3).

De los 32 pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) que informaron sobre los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) vividos durante el seguimiento, 17 (53,1%) tuvieron algún AVE, frente a 15 pacientes (46,9%) que no tuvieron ninguno. Entre los pacientes que vivieron algún AVE durante el seguimiento, la media fue de 1,47 (DT= 0,94).

B. Correlaciones

Se observó que las puntuaciones de los pacientes en el BDI correlacionaban positiva-

mente con el número total de hospitalizaciones a lo largo de toda la historia de su enfermedad ($r = 0,508$, $p = 0,002$) y con el número total de días de hospitalización ($r = 0,391$, $p = 2,02$). También se realizaron correlaciones entre las variables clínicas cualitativas estudiadas, encontrándose una correlación positiva entre la recaída y las puntuaciones en el BDI ($\rho = 0,502$, $p = 0,002$).

Cabe destacar la correlación hallada entre la Sobreimplicación Emocional (SIE) de las mujeres (madres y esposas) y el número de ingresos de los pacientes en los tres meses previos a la evaluación inicial ($r = 0,359$, $p = 0,047$). Es decir, cuanto más alta era la SIE de las mujeres, mayor era el número de ingresos en los tres meses previos a la evaluación inicial (y viceversa). Por otro lado, la SIE de las mujeres estaba negativamente correlacionada a su apoyo social ($r = -0,548$, $p = 0,001$). En lo que respecta a las demás subescalas de EE de las mujeres (madres y esposas), se observó que su Criticismo correlacionaba positivamente con su Hostilidad ($r = 0,728$, $p = 0,000$) y negativamente con su Calor ($r = -0,4$, $p = 0,026$). La Hostilidad de las mujeres, por su parte, correlacionó positivamente con sus puntuaciones en el BDI ($r = 0,39$, $p = 0,049$). También se halló una correlación positiva entre la ansiedad de las mujeres (madres y esposas) y la ansiedad de los pacientes ($r = 0,444$, $p = 0,03$).

Tabla 3
Resultados descriptivos de los cuestionarios de Apoyo Social y Estrés de hombres (padres y esposos) y mujeres (madres y esposas)

	Apoyo Social			Estrés		
	Bajo (<15)	Moderado (15-29)	Alto (>29)	Bajo (<11)	Moderado (10-15)	Alto (>15)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Hombres	–	15(93,8)	1(6,3)	10(62,5)	3(18,8)	3(18,8)
Mujeres	2(6,5)	25(80,6)	4(12,9)	13(41,9)	8(25,8)	10(32,3)
*Hombres: padres y esposos						
*Mujeres: madres y esposas						

C. Análisis comparativos entre pacientes que recayeron y que no recayeron

Comparando los pacientes que recayeron y los que no recayeron durante el seguimiento, se observó que los que recayeron tenían una historia de la enfermedad más complicada, con más hospitalizaciones [$t(38) = 2,236, p = 0,031$], días totales de hospitalización [$t(21,360) = 2,922, p = 0,008$] e ingresos en los tres meses previos a la evaluación inicial [$t(22,552) = 2,103, p = 0,047$], así como niveles más altos de ansiedad [$t(30,365) = 2,926, p = 0,006$] y depresión [$t(27,497) = 3,017, p = 0,005$] (ver Tabla 4).

Se observó que aquellos pacientes con algún Acontecimiento Vital Estresante (AVE) durante el seguimiento recayeron más de lo esperado, mientras que los que no tuvieron ningún AVE no recayeron en mayor medida que lo esperado [$X^2 (gl = 1) = 4,979, p = 0,029$].

D. Análisis comparativos entre familiares de pacientes que recayeron y que no recayeron

Al comparar las características de los familiares de aquellos pacientes que recayeron durante el seguimiento con los familiares de los pacientes que se mantuvieron en remisión, se halló que existía una relación significativa entre la EE familiar y las recaídas [$X^2 (gl = 1) = 6,208, p = 0,014$]. Tal y como indica la Tabla 5, en los 18 hogares altos en EE (el 45% del total) los pacientes con EC recayeron con mayor frecuencia que la esperada, mientras que en los 22 hogares bajos en EE (el 55% del total) las recaídas producidas eran menos frecuentes que las esperadas, siendo las no recaídas de los pacientes de estos hogares más frecuentes que las esperadas.

Aquellos pacientes que convivían con mujeres (madres o esposas) de EE alta recayeron en mayor frecuencia que la esperada, mientras que los que vivían con mujeres de EE baja recayeron menos de

Tabla 4
Comparación entre pacientes que recayeron y que no recayeron en variables clínicas (ansiedad y depresión) y del curso de la enfermedad

	RECAÍDA	n	Media	DT	t	Gl	p
Nº total ingresos	SI	18	5,56	4,69	2,236	38	0,031
	NO	22	2,86	2,85			
Nº días ingresado	SI	18	89,056	76,253	2,922	21,360	0,008
	NO	22	33,273	30,206			
Nº de ingresos últ. 3 meses	SI	18	0,56	0,78	2,103	22,552	0,047
	NO	22	0,14	0,35			
Ansiedad del paciente (SAS)	SI	17	40,18	7,98	2,926	30,365	0,006
	NO	18	33,06	6,26			
Depresión del paciente (BDI)	SI	17	13,53	8,92	3,017	27,497	0,005
	NO	18	5,78	5,89			

Tabla 5
EE familiar y recaídas de los pacientes

EE FAMILIAR	NO RECAÍDA		RECAÍDA		TOTAL		$X^2 (gl = 1)$	p
	n (*)	%	n (*)	%	n	%		
BAJA	16 (12,1)	40	6 (9,9)	15	22	55		
ALTA	6 (9,9)	15	12 (8,1)	30	18	45	6,208	0,014
TOTAL	22	55	18	45	40	100		

*() Frecuencia esperada

lo esperado [$X^2 (gl = 1) = 5,743, p = 0,020$]. En concreto, parece ser la EE de las esposas la que está significativamente asociada a las recaídas [$X^2 (gl = 1) = 9,479, p = 0,005$]. Se estudiaron las relaciones entre las subescalas de EE y las recaídas, observándose una relación significativa entre la Hostilidad (H) de las mujeres (madres y esposas) y las recaídas [$X^2 (gl = 1) = 4,899, p = 0,043$]. Estos resultados fueron confirmados por la prueba *t-test* en la que se observó que la diferencia de medias en Hostilidad (H) de las mujeres fue significativa entre el grupo de pacientes que tuvo alguna recaída y el que no la tuvo [$t(14,000) = 2,168, p = 0,048$], sin embargo también habría que indicar que el pequeño número de madres y esposas altas en H nos obliga a tomar estos resultados con mucha cautela.

Mediante el *t-test* también se hallaron diferencias significativas en la Sobreimplicación Emocional (SIE) de las mujeres que convivían con pacientes que tuvieron alguna recaída y la de aquellas que convivían con pacientes que se

habían mantenido en remisión [$t(29) = 2,187, p = 0,037$]: los pacientes que habían recaído tenían madres o esposas con una mayor SIE (*media* = 2,80; *DT* = 1,15) que los pacientes que no habían tenido ninguna recaída (*media* = 1,88; *DT* = 1,20). No se encontraron diferencias significativas en el resto de las escalas de EE de las mujeres.

Se compararon los pacientes que recayeron con los que no lo hicieron en las variables de los familiares (ansiedad, depresión, apoyo y estrés), hallándose que los pacientes que recaían tenían madres y esposas con menor apoyo social [$X^2 (gl = 2) = 6,014, p = 0,049$] (ver Tabla 6), y que las madres y esposas de menor apoyo social eran más altas en EE de lo esperado [$X^2 (gl = 2) = 7,345, p = 0,025$] (ver Tabla 7).

En las pruebas *t-test* realizadas se hallaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes que recayeron y que no recayeron en las medias de ansiedad [$t(24) = 2,969, p = 0,007$], depresión [$t(24) = 2,801, p = 0,010$] y apoyo

Tabla 6

Apoyo social de las mujeres (madres y esposas) y las recaídas en los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) (n = 31)

APOYO MUJERES	NO RECAÍDA		RECAÍDA		TOTAL		$X^2 (gl = 2)$	p
	n (*)	%	n (*)	%	n	%		
BAJO (<15)	0 (1)	0	2 (1)	6,5	2	6,5		
MODERADO (15-29)	12 (12,9)	38,7	13(12,1)	41,9	25	80,6	6,014	0,049
ALTO (>29)	4 (2,1)	12,9	0 (1,9)	0	4	12,9		
TOTAL	16	51,6	15	48,4	31	100		
*() Frecuencia esperada								

Tabla 7

Apoyo social y Emoción Expresada (EE) de las mujeres (madres y esposas) del grupo de Enfermedad de Crohn (EC) (n = 31)

APOYO MUJERES	EE BAJA		EE ALTA		TOTAL		$X^2 (gl = 2)$	p
	n (*)	%	n (*)	%	n	%		
BAJO (<15)	0 (0,8)	0	2 (1,2)	6,5	2	6,5		
MODERADO (15-29)	9 (10,5)	29	16(14,5)	51,6	25	80,6	7,345	0,025
ALTO (>29)	4 (1,7)	12,9	0 (2,3)	0	4	12,9		
TOTAL	13	41,9	18	58,1	31	100		
*() Frecuencia esperada								

[$t(29) = -2,903, p = 0,007$] de madres y esposas. La media de ansiedad (SAS) de las mujeres (madres y esposas) fue mayor en el grupo que recayó (40,40; $DT = 7,18$) que en el grupo de pacientes que no recayeron (32,36; $DT = 6,28$). Del mismo modo, la media de depresión (BDI) de las mujeres que convivían con pacientes que recayeron durante el seguimiento fue mayor (11,80; $DT = 7,13$) que la de las mujeres que convivían con pacientes que se mantuvieron en remisión (4,82; $DT = 4,83$). Por el contrario, la media de apoyo de las madres o esposas de pacientes que recayeron fue menor (20,47; $DT = 5,01$) que la de las mujeres del grupo de no recaída (25,56; $DT = 4,75$). En resumen, se observó que comparando con las madres y esposas del grupo de pacientes que no recayeron, las del grupo que recayeron tenían puntuaciones más altas en ansiedad y depresión, y más bajas de apoyo social.

E. Regresiones logísticas multinomiales

Por último, se realizaron regresiones logísticas multinomiales con aquellas variables independientes que, según las pruebas *Chi-cuadrado* y *t-test*, eran significativas respecto a la recaída.

Las variables independientes incluidas en las regresiones se dividieron en 5 subgrupos, tal y como fueron estudiadas en las pruebas anteriores (*Chi-cuadrado* y *t-test*): (a) Variables asociadas a la historia de la enfermedad, (b) Ansiedad (SAS) y depresión (BDI) del paciente, (c) Emoción Expresada familiar (EE), (d) Ansiedad (SAS), depresión (BDI) y apoyo social de los familiares, y (e) Acontecimientos vitales estresantes (AVE).

Tal y como se observa en la Tabla 8, el modelo de regresión que incluía la Sobreimplicación Emocional (SIE) y la Hostilidad (H) de las mujeres (madres y esposas) fue el que mayor porcentaje de recaídas predijo correctamente (80%). Según estos resultados, aquellos pacientes que convivían con madres o esposas que mostraban mayores niveles de SIE u H, tenían mayores probabilidades de recaer. También habría que destacar el porcentaje correcto de recaídas que predijo el modelo de regresión que incluía el apoyo social y la interacción entre el BDI y SAS de las mujeres (madres y esposas), según el cual aquellos pacientes que convivían con madres o esposas con altos niveles de ansiedad y depresión y bajos niveles de apoyo social tenían más probabilidades de recaer.

Tabla 8
Regresiones logísticas multinomiales

VARIABLES INCLUIDAS EN EL MODELO DE REGRESIÓN	DIFERENCIAS EN -2LL ENTRE EL MODELO QUE NO INCLUYE LAS VARIABLES Y EL MODELO QUE LAS INCLUYE	gl	% DE PREDICCIONES CORRECTAS	% DE RECAÍDAS PREDICHAS CORRECTAMENTE	% DE REMISIONES PREDICHAS CORRECTAMENTE
Número total de hospitalizaciones *numero total de días de hospitalización	7.612	1	70	38,9	95,5
BDI*SAS	8.107	1	71,4	52,9	88,9
SIE, H (de madres y esposas)	12.605	2	71	80	62,5
BDI*SAS, Apoyo Social (de madres y esposas)	16.061	2	73,1	73,3	72,7
AVE	5.031	1	65,5	23,1	94,7
*: Interacción					

DISCUSIÓN

El trabajo presentado es el primer estudio que al mismo tiempo que trata de evaluar la relación entre la Emoción Expresada (EE) y las recaídas de los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC), estudia también otros factores clínicos, psicológicos y ambientales, como pueden ser sus características clínicas, ansiedad, depresión, características de los familiares (ansiedad, depresión y apoyo), así como el estrés.

En los resultados del presente estudio se observó que, del mismo modo que señalaron Robertson *et al.*, la ansiedad de los pacientes con EC no estaba correlacionada con la duración de la misma, mientras que la depresión sí correlacionó positivamente con el número total de ingresos y con el número total de días hospitalizado. Lógicamente, aquellos pacientes de la muestra que necesitaron más ingresos y períodos más largos de hospitalización mostraron puntuaciones más altas en depresión.

Respecto a los resultados hallados sobre la Emoción Expresada (EE), el 45% de los hogares estudiados fueron altos en EE, frente al 55% de hogares bajos. Sin embargo, habría que señalar que no se ha podido estudiar la EE de ambos padres de todos los hogares en los que el paciente convivía con sus padres, por lo que en algunos casos tan sólo se ha podido recoger la información sobre la EE de uno de los padres, generalmente de las madres. De esta forma, en los casos en los que el único padre o madre evaluado era bajo en EE, se ha tenido que calificar el hogar como bajo en EE, sin saber si el otro padre o madre que no se ha podido evaluar era alto o bajo en EE.

El hecho de que todas las madres altas en EE lo fueran por una alta SIE, podría relacionarse con el papel protector y de cuidado que toman respecto a sus hijos por la enfermedad que éstos sufren. Además, la SIE alta de las madres o esposas estaba positivamente correlacionada con el número de ingresos de los pacientes durante los tres meses previos a la evaluación inicial, es decir, aquellas madres o esposas con pacientes que peor se encontraban (porque habían tenido un reciente ingreso) puntuaban más alto en SIE, mostrando, por lo tanto, más devoción, autosacri-

ficio, dramatización o excesiva respuesta emocional. Vaughn y Leff también encontraron que la SIE iba asociada a aquellos familiares con pacientes con síntomas persistentes. Del mismo modo, Blair *et al.*, en su estudio sobre los familiares de pacientes con trastornos de la alimentación, encontraron que la SIE estaba significativamente relacionada con la severidad de la enfermedad, sugiriendo que puede ser una reacción natural y comprensible de los familiares ante la grave enfermedad de los pacientes. Al igual que la SIE alta sólo fue hallada en las mujeres de la muestra, la Hostilidad, aunque en porcentajes bajos, sólo se dio entre mujeres.

Se observó que, tal y como se esperaba, no sólo los pacientes sufrían ansiedad y depresión, sino que también los familiares con los que convivían, sobre todo las madres y esposas. Ello podría ser consecuencia de la sobrecarga que sienten estas mujeres. La carga familiar que supone atender a un enfermo crónico crea mucho estrés, que se puede manifestar en forma de ansiedad y depresión en los familiares, que a su vez conlleva que haya una mayor posibilidad de que se den conductas inadecuadas en la interacción con el paciente, como sería la alta EE. La carga es un complejo constructo que se refiere al efecto adverso que tiene la enfermedad del paciente y el cuidado del mismo en la vida de los familiares. Se ha equiparado la carga subjetiva al distrés subjetivo, sugiriendo que puede ir relacionada con algunas subescalas de EE, sobre todo con la Sobreimplicación Emocional.

Relacionado con lo anterior, el apoyo social de las mujeres (madres y esposas) estaba negativamente correlacionado con la Sobreimplicación Emocional (SIE) de las mismas, es decir, si el apoyo era bajo, la SIE era alta, y a la inversa. Se observa, por lo tanto, que son varias las variables que están correlacionadas y que influyen unas en otras. Todo ello podría indicar que aquellas mujeres (madres y esposas) con apoyo social más bajo, se vuelcan más en sus hijos/as o esposos, siendo demasiado sobreimplicadas con ellos y a su vez probablemente les quede menos tiempo para las relaciones sociales.

Por último, se observó que algo más de la mitad de la muestra (53,1%) había tenido algún acontecimiento vital estresante (AVE). Parece ser

que estos pacientes son especialmente sensibles al estrés, y que, a pesar de que se ha observado en otros estudios que el número de AVE vividos por ellos no difiere significativamente de los vividos por grupos de control, tienden a percibir los AVE de forma más negativa.

Habría que señalar que se halló una relación significativa entre la EE familiar y las recaídas de los pacientes: los pacientes que recayeron convivían en mayor medida con madres/esposas de SIE más alta que los pacientes que no recayeron. En la misma línea, aquellos pacientes que recayeron convivían con madres/esposas con niveles más altos de ansiedad (SAS) y depresión (BDI), y más bajos de apoyo social, que las madres/esposas de pacientes en remisión.

En resumen, los factores pronósticos de recaída en la Enfermedad de Crohn (EC), fueron agrupados en 5 conjuntos de variables: (a) variables sobre la historia de la enfermedad, (b) ansiedad y depresión del paciente, (c) la EE y sus subescalas, (d) la ansiedad, depresión, apoyo social y estrés de los familiares y (e) los acontecimientos vitales estresantes (AVE). Se observó que aquellos pacientes con una historia de mayor número de ingresos y mayor número de días de hospitalización, con mayores niveles de ansiedad y depresión, con madres y esposas con una SIE y H alta así como con altos niveles de ansiedad, bajos niveles de apoyo social y muchos acontecimientos vitales estresantes tenían mayor probabilidad de recaer.

Podemos sugerir un proceso circular en el que, en primer lugar, unas variables clínicas asociadas a la enfermedad suponen un mayor riesgo de recaída para los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC), como son el número total de ingresos y el tiempo de hospitalización. Estas variables provocan ansiedad y depresión en los pacientes, ya que aquellos pacientes que tienen un curso más severo de la enfermedad (frecuentes ingresos y largos períodos de tiempo de hospitalización) son quienes más ansiedad y depresión sufren. Todo ello repercute directamente en los familiares más cercanos al paciente (en este caso, las madres y esposas), que sienten una carga ante la situación que están viviendo: se perciben incapaces de afrontar la situación, sufriendo, en consecuencia, ansiedad y depre-

sión. Este estado psicológico de las madres y esposas se reflejará en su relación con los pacientes, bien mostrándose de forma hostil o de forma sobreimplicada, volcándose en los pacientes, sacrificando su vida social, creando una relación simbiótica con el paciente, dramatizando aún más la situación, etc. En definitiva, mostrando actitudes propias de una alta Emoción Expresada. Esta interacción entre el familiar y el paciente repercute directamente en su sintomatología, aumentando su riesgo de recaída, y volviendo una vez más al mismo proceso, en el que aumenta la ansiedad y depresión del paciente, y la consiguiente carga familiar, etc. Además, si los factores externos son desfavorables, como un bajo apoyo social y muchos acontecimientos vitales estresantes, el resto de variables se magnifican (depresión, ansiedad, etc.). (Ver Figura 1).



Figura 1

Relaciones entre variables clínicas y psicossociales en la enfermedad de Crohn

BIBLIOGRAFÍA

1. **Andrews H, Barczak P, Allan RN.:** Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1987; 28(12): 1600-4.
2. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.:** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
3. **Blair C, Freeman C, Cull A.:** The families of

- anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychol Med* 1995; 25: 985-93.
4. **Carpentier N, Lesage A, Goulet J, Lalonde P, Renaud M.:** Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. *Hosp Comm Psychiatry* 1992; 43 (1): 38-43.
 5. **Conde V, Franch JI.:** Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos. Valladolid: Departamento de Psicología Médica del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Valladolid, 1984.
 6. **Drossman DA.:** Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med* 1998; 60: 258-67.
 7. **Friedman MS, McDermut WH, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI, Miller IW.:** Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam Process* 1997; 36 (4): 357-67.
 8. **González Lara V, Payeras Llodrá G, Cos Arregui E.:** Evolución conceptual. En: González Lara V, eds. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Madrid: Ergón, 1995 p1-11.
 9. **Keighley MR, Ogunbiyi OA, Korsgen S.:** Pitfalls and outcome in ileo-anal pouch for ulcerative colitis. *Neth J Med* 1997; 50(2): S23-7.
 10. **Kendrick T.:** Primary care options to prevent mental illness. *Ann Med* 1999; 31(6): 359-63.
 11. **Leff J, Vaughn C.:** Expressed Emotion in families. Its significance for mental illness. New York: Guilford Press, 1985.
 12. **Magliano L, Fadden G, Madianos M, Caldas de Almeida JM, Held T, Gurneri M.:** Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 405-12.
 13. **Maurin JT, Boyd CB.:** Burden of mental illness on the family: a critical review. *Arch Psychiatr Nurs* 1990; 4: 99-107.
 14. **North CS, Alpers D, Helzer J, Spitznagel EL, Clouse RE.:** Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? *Ann Intern Med* 1991; 114(5): 381-6.
 15. **O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HSG.:** Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 744-52.
 16. **Pérez JM, Calvo D, Caballero JM.:** Psicopatología de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En: González-Lara V, eds. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Madrid: Ergón, 1995 p303-18.
 17. **Robertson D, Ray J, Diamond I, Edwards JG.:** Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989; 30(5): 623-6.
 18. **Sczufca M, Kuipers E.:** Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996; 168(5): 580-7.
 19. **Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H.:** Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychol Med* 1999; 29: 801-11.
 20. **Turner SM.:** Comments on expressed emotion and the development of new treatments for substance abuse. *Behav Ther* 1998; 29: 647-54.
 21. **Van Furth EF, Van Strien DC, Martín LML, Van Son MJM, Hendriex JJP, Van Engeland H.:** Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord* 1996; 20: 19-31.
 22. **Vaughn C, Leff J, Sarnier M.:** Relatives' Expressed Emotion and the course of Inflammatory Bowel Disease. *J Psychosom Res* 1999; 47(5): 461-9.
 23. **Vaughn CE, Snyder KS, Jones S, Freeman WB, Falloon RH.:** Family factors in schizophrenia relapse: A California replication of the British research on expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1169-77.
 24. **Vaughn CE, Leff JP.:** The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 125-37.
 25. **Visauta B.:** Análisis estadístico con SPSS para Windows. Estadística multivariante. Madrid: McGraw Hill, 1998 p52-62.
 26. **Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclogh C.:** A review of Expressed Emotion research in health care. *Clin Psychol Rev* 2000; 20(5): 633-66.
 27. **Weinryb RM, Gustavsson JP, Liljeqvist L, Poppen B, Rossel RJ.:** A prospective study of personality as a predictor of quality of life after pelvic pouch surgery. *Am J Surg* 1997; 173(2): 83-7.
 28. **Zung WWK.:** A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12(6): 371-9.