



Modelo de intervención psicológica para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Psychological treatment for patients with inflammatory bowel disease

María José Leiva 

Magíster en Psicología Clínica. Psicóloga Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 14 03 2019.
Aceptado: 18 06 2019.

Palabras clave:

Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, psicoterapia, calidad de vida, ansiedad, depresión.

Key words:

Crohn's disease, ulcerative colitis, psychotherapy, quality of life, anxiety, depression.

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal es una patología crónica, que afecta de modo importante la calidad de vida de los pacientes que la padecen, y que suele diagnosticarse en pacientes jóvenes y en etapa de alta actividad personal y profesional (20 a 35 años).

Las publicaciones acerca de tratamientos en EII de los últimos años, apuntan cada vez con mayor fuerza hacia la intervención multidisciplinaria, la que incluye tratamiento psicológico, el que estaría orientado a potenciar la adherencia al tratamiento y a mejorar la percepción de calidad de vida de los pacientes.

A partir de la revisión teórica actualizada y de la experiencia clínica con pacientes con EII, se propone un modelo de intervención psicoterapéutica para pacientes con EII, diseñado a partir de la experiencia clínica en Programa para pacientes con EII de Clínica Las Condes.

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic disease, that affects patient's quality of life. It is usually diagnosed in young patients (20 to 35 years old), a period of high developing of working and personal life, and will be with them for the rest of their lives.

The last year's evidence in IBD treatment, aims strongly to multidisciplinary intervention, that includes psychological treatment, oriented to optimize adherence to treatment and improve quality of life perception. From the updated research and clinical experience with IBD patients, a psychological intervention for is proposed.

 Autor para correspondencia

Correo electrónico: mleiva@clinicalascondes.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.06.010>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) las principales son enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU). Ambas son afecciones inflamatorias de tipo crónico que suelen manifestarse entre los 20 y 35 años de edad. Los síntomas más habituales son: pérdida de peso, fiebre y sangrado rectal; y síntomas generales asociados como distensión, diarrea, fatiga, estreñimiento y/o dolor abdominal¹, los que pueden afectar de modo significativo la calidad de vida (CV) de los pacientes que la padecen². Diversos estudios refieren que los pacientes con EII tendrían una peor CV y mayor prevalencia de psicopatología como ansiedad y depresión, que individuos sanos³⁻⁵.

La relación entre EII y factores psicológicos no es nueva, las primeras publicaciones en esta línea datan de 1930, donde la teoría psicosomática sugería que, las experiencias emocionales negativas estaban asociadas con el aumento de síntomas gastrointestinales⁶⁻⁸.

Por un largo período la EII fue abordada desde el enfoque médico. Sin embargo, la evidencia clínica de los últimos años ha mostrado que el tratamiento multidisciplinario, que incorpora la intervención psicológica, favorece la adherencia a controles y tratamiento. La motivación de sostener el tratamiento farmacológico y la relación cercana con el equipo tratante son pilares fundamentales para alcanzar no sólo los objetivos de remisión clínica sostenida, sino también prevenir la discapacidad y mejorar la CV de los pacientes^{8,9}.

¿QUÉ ES CALIDAD DE VIDA Y CÓMO AFECTAN LOS SÍNTOMAS DE LA EII EN ELLA?

La CV es definida como la percepción de satisfacción en los dominios físico, social, emocional y de salud general del bienestar^{2,10}. Al evaluar CV en personas con EC y CU, los pacientes refieren que los síntomas que producen mayor estrés tienen relación con la incontinencia fecal y sensación de urgencia, tanto real como la ansiedad anticipatoria de tener episodios en público. A éstos se agregan: dolor, fatiga, miedo permanente a tener una nueva crisis, mala calidad de sueño, temor a no poder responder adecuadamente en su trabajo o rutinas académicas (colegio, universidad). Otros pacientes refieren dificultad para aceptar su condición a lo que asocian emociones de rabia, vergüenza, frustración y labilidad emocional¹¹.

Además, los pacientes con EII presentarían mayor prevalencia de ansiedad y depresión que la población general, 29% a 35% en períodos de remisión y 60% a 80% en períodos activos de la enfermedad¹²⁻¹⁴. De acuerdo con lo señalado por Gracie (2017) sólo la mitad de ellos estarían en tratamiento de salud mental, dato que es relevante puesto que el tratamiento de estas patologías mejoraría la evolución de la EII y la adherencia

a controles e indicaciones de tratamiento^{3,15,16}.

Otro aspecto que se afectaría, de acuerdo con el relato de los pacientes, es la vida sexual. Si bien es un tema por el que refieren no haber conversado con su médico tratante, lo distinguen como un aspecto que se altera y que impacta de modo importante es su CV personal y de pareja, en especial desde la esfera de la evitación y la baja del deseo sexual¹⁷.

Al explorar en los síntomas antes señalados y que los pacientes refieren como de mayor interferencia en su CV, éstos pueden agruparse en 3 áreas:

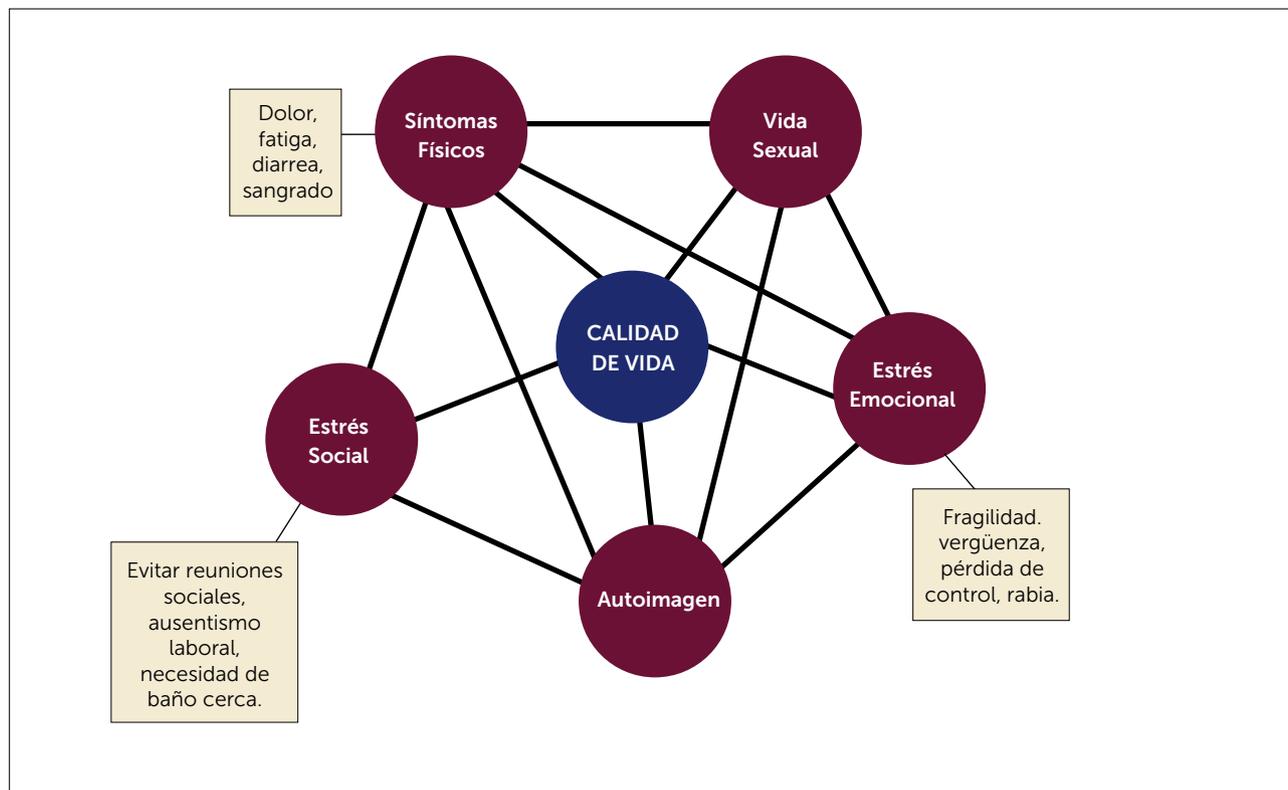
- **Física:** Dolor, fatiga, efectos adversos de los medicamentos, tiempos activos de la enfermedad¹⁸.
- **Emocional:** Imagen corporal negativa¹⁹, sensación de fragilidad y pérdida de control, vergüenza, ansiedad, rabia, depresión¹⁸, baja de deseo sexual¹⁷.
- **Social:** Visitas frecuentes al centro de tratamiento y hospitalizaciones, evitar hacer deporte y participar de actividades sociales debido a los síntomas¹⁸, ausentismo laboral, evitar o no poder realizar viajes largos, alta carga económica por costos del tratamiento¹⁹⁻²¹.

En la figura 1 se representan las áreas referidas como de mayor interferencia en la CV en los pacientes con EII, así como la interrelación entre ellas.

Finalmente, es importante tener presente que el estrés afecta la CV de modo tanto directo como indirecto. Directo en cuanto a los síntomas antes descritos como labilidad emocional, alteración del sueño, deseo sexual, ánimo y ansiedad. Indirecto en cuanto a conductas que se agudizan al aumentar el estrés y que estarían asociadas a aumento de frecuencia e intensidad de crisis, como: dejar fármacos, no asistir a controles con equipo y fumar^{8,22}.

Sostener la adherencia a indicaciones, tratamiento y cambio de estilo de vida que implica una enfermedad crónica, requiere de un esfuerzo cotidiano consciente, el cual sostenido en el tiempo resulta cansador y puede gatillar sentimientos ambivalentes. Este proceso es descrito por la literatura en otras patologías crónicas, como Diabetes Tipo 1. Polonsky lo llama "Burnout del tratamiento", concepto que hace referencia al cansancio referido por los pacientes que viven con DM1, específicamente a "sentirse sobrepasado por la enfermedad y por la carga diaria que implica su regulación y cuidado"²³. Esta definición, es aplicable a la sensación descrita por los pacientes con EII y permite explicar la adherencia intermitente a tratamiento y la percepción de "estar en guerra con la enfermedad" referida frecuentemente por los pacientes. Lo interesante de este término, además, es que abre un espacio psicoterapéutico al ampliar el lenguaje disponible para explicar las emociones ambivalentes asociadas a vivir con EII.

Figura 1. Áreas de interferencia en la percepción de calidad de vida y su interrelación, en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON EII

Una vez que el paciente recibe el diagnóstico de EII, el curso crónico de la enfermedad, la sensación de pérdida de control e impredecibilidad, sumado a las restricciones de hábitos como fumar e ingesta alimentaria, suelen activar síntomas de angustia y ansiedad, junto con desencadenar una amplia gama de preocupaciones acerca de su futuro personal e interpersonal.

Los síntomas propios de la enfermedad anteriormente descritos, requieren de estrategias de afrontamiento adecuadas y alta capacidad de adaptación; así como herramientas para ajustarse a diagnóstico inicial y al desafío de adaptarse a una enfermedad que es fluctuante y crónica⁸.

Este proceso de adaptación suele ser complejo y va a depender de una serie de factores como: gravedad de la enfermedad, edad de aparición de la misma, grado de interferencia en la vida del paciente, creencias y pensamientos sobre la enfermedad, estado emocional y experiencias previas⁸.

Las intervenciones psicológicas influyen positivamente en la disminución del estrés y mejoría en CV. Dentro de éstas la

terapia cognitivo conductual y estrategias de relajación como el mindfulness han reportado resultados exitosos²⁴.

Experiencias de centros multidisciplinarios para Crohn y colitis ulcerosa como *Oregon Health and Science Clinic*²⁵ y la Universidad de Michigan²⁶ han desarrollado intervenciones donde el rol del psicólogo está orientado a:

- Facilitar la comprensión de la enfermedad por parte del paciente.
- Facilitar la comunicación entre el paciente, su familia y el equipo tratante.
- Tratar las problemáticas de salud mental prevalentes como depresión y ansiedad.
- Brindar herramientas de autocuidado y regulación de estrés, potenciar la CV y adherencia al tratamiento.

Tanto la investigación publicada, como la experiencia de los centros multidisciplinarios indican que las líneas de tratamiento psicoterapéutico más efectiva para estas patologías sería la línea cognitivo conductual, incorporando estrategias de *mindfulness* para regulación de ansiedad. La incorporación de grupos de apoyo, también es reportado como exitoso y bien evaluado por los pacientes.

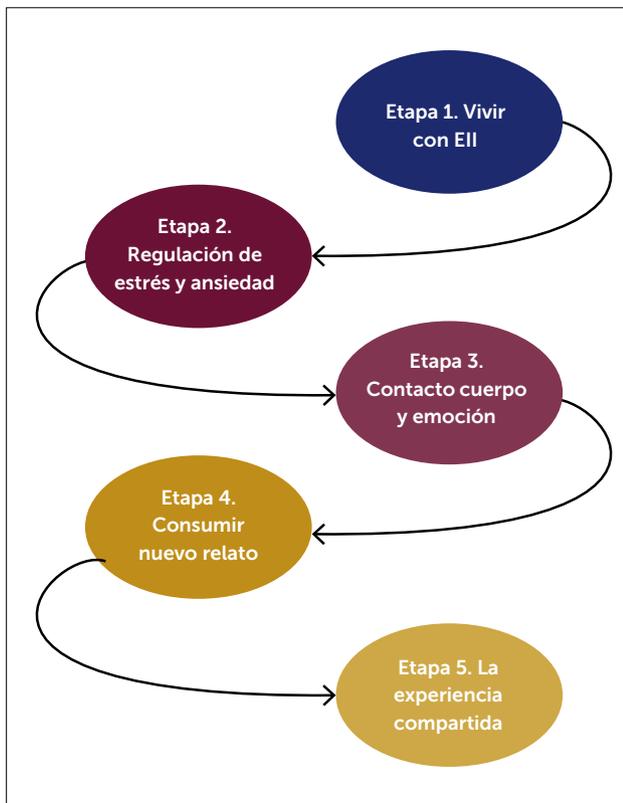
PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCIÓN

A partir de las revisiones publicadas en el tratamiento psicológico de pacientes con EII, la experiencia clínica reportada por los centros de mayor relevancia en EII y la experiencia de nuestro equipo con pacientes del Programa de EII de Clínica Las Condes, se ha construido un modelo de intervención que se plantea los siguientes objetivos generales y específicos:

1. Potenciar la CV del paciente en los distintos ámbitos de existencia.
 - Conocer y aplicar herramientas de autocuidado.
 - Evaluar y tratar psicopatología como ansiedad y depresión.
 - Entregar herramientas de regulación de estrés y ansiedad.
2. Potenciar la adherencia del paciente a indicaciones, controles y tratamiento.
 - Facilitar la comprensión de la patología.
 - Facilitar la comunicación entre el paciente, familia y equipo tratante.

En la Figura 2 se grafica el modelo de tratamiento psicológico para pacientes EII, compuesto por cinco etapas de intervención que dialogan entre sí.

Figura 2. Modelo de tratamiento psicológico para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal



ETAPA 1. ¿DÓNDE PONGO LO HALLADO? CONOCER Y COMPRENDER CÓMO ES VIVIR CON EII

La etapa inicial del proceso apunta a guiar y acompañar al paciente en la comprensión del diagnóstico y en las dudas que van surgiendo a partir del mismo, lo que se realiza a través de una intervención principalmente psicoeducativa y centrada en construir un vínculo de confianza con el paciente, que permita avanzar hacia las siguientes fases del proceso.

El alto nivel de estrés que gatilla recibir el diagnóstico de EII, aumenta la sensación de confusión y disminuye la capacidad de comprensión del paciente. En el caso de la EII la información es mucha y muy amplia, por lo que la percepción inicial del paciente suele ser de agobio y angustia. Resulta habitual la necesidad de repetir y reorganizar en sucesivas conversaciones con el paciente la información e indicaciones entregadas por el equipo. Dar información a los pacientes contribuye a disminuir sus niveles de ansiedad¹².

En esta fase será importante indagar las creencias, teorías y cogniciones del paciente en relación con la enfermedad, dado que tiñen significativamente las experiencias, en todas las etapas de la enfermedad, incluida la percepción de síntomas, interpretación de su significado y cambios en el comportamiento que afectan el curso de la enfermedad, entre otros. El conocimiento sobre las cogniciones de la enfermedad permite revisar y flexibilizar mitos y conceptos erróneos que podrían interferir en la percepción de la EII, adherencia al tratamiento y CV¹⁶.

Las intervenciones en esta etapa son principalmente de tipo psicoeducativo y cognitivo conductual (*Cognitive Behavioral Therapy - CBT*). El modelo CBT permite trabajar con las creencias, pensamientos negativos y co-construir pensamientos alternativos que favorezcan la comprensión y aceptación de la enfermedad²⁷.

ETAPA 2. ¿TIENE EL ESTRÉS ALGO QUE VER EN TODO ESTO? HERRAMIENTAS DE MANEJO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD.

Esta etapa se inicia con una sesión psicoeducativa acerca de la ansiedad: cómo se define, su rol adaptativo, cómo son los pensamientos en momentos de ansiedad. Conocer qué es la ansiedad y cómo opera a nivel mental es de gran importancia para poder luego aprender cómo reconocerla y regularla.

Junto con intervenciones CBT se utiliza mindfulness. Esta técnica desarrollada por Jon Kabat - Zinn propone la conexión mente - cuerpo a través de la respiración, el desarrollo de la consciencia del aquí y ahora, y de una mente no enjuiciadora y comprensiva. La investigación disponible ha mostrado que el entrenamiento

en mindfulness favorece la regulación de ansiedad y CV en pacientes con EII^{28,29}. Se van combinando ejercicios prácticos de mindfulness, como respiración consciente e imagerías, con la revisión comprensiva de las experiencias.

La mirada del mindfulness también apunta a la comprensión como herramienta de cambio, por ejemplo, conocer cómo funcionan nuestras emociones. Incorpora además la mirada evolutiva, marco teórico que contribuye a aliviar de modo importante la sensación de culpa respecto de las reacciones emocionales y de la relación emoción - cuerpo³⁰.

El sufrimiento psicológico se ha confirmado como uno de los factores predictivos más importantes de la CV en pacientes con EII³¹. Las cogniciones en relación con la enfermedad son de importancia significativa debido a su influencia en la calidad de vida de los pacientes con EII. De acuerdo con las investigaciones publicadas, la sensación de impotencia es el predictor más importante de la CV en pacientes EII¹⁶. Desde la experiencia clínica con pacientes atendidos en un programa de EII, la impotencia se combina de modo significativo con sentimientos de culpa, “yo me provoqué esto”, “no supe controlar mi estrés a tiempo”.

Trabajar el sentimiento de culpa y desarrollar una mirada de sí mismo más amable y comprensiva será un objetivo transversal a lo largo del tratamiento, éste ámbito se trabaja desde *Compassion Focus Therapy* (CFT)³², la que permite bajar autoexigencia y disminuir la mente crítica. CFT es un modelo de intervención desarrollado por Paul Gilbert que integra técnicas cognitivo conductuales con elementos de la psicología evolutiva, neurociencia y meditación, y que ha sido incorporado en el tratamiento de la depresión, estrés y ansiedad con buenos resultados³²⁻³⁴.

ETAPA 3. LAS GRANDES HERRAMIENTAS: EMOCIÓN, CUERPO Y RESPIRACIÓN

La alexitimia, definida como la dificultad para reconocer, expresar y verbalizar las emociones, es una característica que suele observarse en pacientes con EII⁷. Esta capacidad es entrenable a través de estrategias de alfabetización emocional, mejorando la regulación emocional y CV³⁵.

En este modelo se utiliza mindfulness y CFT para lograr conectar con la emoción sin juicio, aprender a usar el cuerpo como resonador emocional y regular la expresión emocional.

ETAPA 4. UN NUEVO RELATO: INCORPORAR LA EII EN MI DEFINICIÓN DE IDENTIDAD

Estudios en pacientes con enfermedades crónicas muestran que los pacientes que experimentan un alto grado de sensación de impotencia en relación con su enfermedad resaltan

los aspectos negativos de su enfermedad y los generalizan en todas las áreas de la vida diaria, lo que lleva a un deterioro general. Por el contrario, un esfuerzo por aceptar la enfermedad, aprender a vivir con su enfermedad y percibir algunas consecuencias positivas a largo plazo de su condición puede tener un impacto positivo en su bienestar mental y físico. Cooper (2010) en su estudio cualitativo mostraron evidencia de los efectos beneficiosos de las creencias percibidas sobre el control personal y el autocontrol de la EII³⁶.

La terapia centrada en narrativas propone brindar el espacio para poder deconstruir y reconstruir su historia, con nuevos significados³⁷. La resignificación de acontecimientos y la co - construcción de nuevas visiones del problema y de sí mismo, contribuyen a la percepción de bienestar y a incorporar la EII en la definición de sí mismo y en el sentido de vida. Al recrear historias y recontar las experiencias, nuevos anclajes positivos contribuyen a un mayor bienestar³⁸.

ETAPA 5: LA EXPERIENCIA COMPARTIDA EN GRUPO

La experiencia grupal es un tipo de intervención de larga data en psicología y transversal a muchos de sus modelos. En cuanto a experiencias con pacientes con EII, un estudio cualitativo publicado por Schoultz, muestra que los participantes valoraron el grupo como una iniciativa terapéutica y educativa que transformó su relación con la enfermedad²⁴. El proceso inclusivo y la experiencia compartida grupal ayudan a aliviar la sensación de aislamiento social comúnmente asociado con la EII.

Las intervenciones grupales para pacientes con EII y sus familiares ha sido incorporada al tratamiento multidisciplinario en diferentes centros, entre ellos el programa EII de Michigan, reportando resultados exitosos. Tomando las palabras de Paul Gilbert, la experiencia grupal permite la expresión de la humanidad compartida, el resonar con la experiencia y la emocionalidad del otro³².

CONCLUSIONES

La EII tiene un impacto psicosocial en la vida de los pacientes que la padecen. Los síntomas propios de la patología y la exigencia cotidiana que implica el tratamiento, favorecen síntomas de estrés, depresión y ansiedad. Psicopatología que a su vez interfiere en la adherencia a tratamiento y CV del paciente.

Aún queda mucho camino por recorrer en cuanto al manejo multidisciplinario de la EII, la investigación y la experiencia clínica muestran que la intervención psicológica puede ayudar a los pacientes con EII a conseguir una mejor adaptación al proceso y CV.

Incluir la salud mental del paciente en los objetivos de recuperación es un desafío a trabajar en los equipos tratantes de EII. La remisión psicológica y la percepción de bienestar deben

establecerse como parte de los objetivos del tratamiento, así como otras remisiones establecidas como objetivos terapéuticos, como clínica y endoscópica.

Declaración conflicto de intereses

Declara no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Panaccione R. Mechanisms of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2013 Aug; 9(8): 529-32.
- Agostini A, Moretti M, Calabrese C, Rizzello F, Gionchetti P, Ercolani M, et al. Attachment and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis* 2014 Oct; 29(10): 1291-6.
- Casellas F, Vicens DG, Menéndez SR, Oliver NA. Patients' perceptions, attitudes, and experiences about the management of mild-to-moderate ulcerative colitis. *J Crohns Colitis* 2014 Sep; 8(9): 1097-107.
- Rubin DT, Siegel CA, Kane SV, Binion DG, Panaccione R, Dubinsky MC, et al. Impact of ulcerative colitis from patients' and physicians' perspectives: Results from the UC: NORMAL survey. *Inflamm Bowel Dis* 2009 Apr; 15(4): 581-8.
- Knowles SR, Keefer L, Wilding H, Hewitt C, Graff LA, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part II. *Inflamm Bowel Dis* 2018 Apr 23; 24(5): 966-976.
- Cámara RJ, Ziegler R, Begré S, Schoepfer AM, von Känel R; Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study (SIBDCS) group. The role of psychological stress in inflammatory bowel disease: quality assessment of methods of 18 prospective studies and suggestions for future research. *Digestion* 2009; 80(2): 129-39
- Keefer L, Keshavarzian A, Mutlu E. Reconsidering the methodology of "stress" research in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2008 Sep; 2(3): 193-201.
- Sajadinejad MS, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. *Gastroenterol Res Pract* 2012; 2012: 106502.
- Simian D, Quera R. Towards an integral management of inflammatory bowel disease. *Rev Med Chil* 2016 Apr; 144(4): 488-95.
- Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol* 2012; 30(1): 61-71.
- Gobbo Montoya M, Marín-Jiménez I, Panadero A, Modino Y, Cañas M, Guardiola J, et al. P736 Psychological impact of inflammatory bowel disease: differences by gender and age. *The ENMENTE Project. J Crohns Colitis* 2017; Volume 11, Issue suppl_1: S457-S458.
- Barreiro-de Acosta M, Marín-Jiménez I, Panadero A, Guardiola J, Cañas M, Gobbo Montoya M, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) and the Association of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis Patients (ACCU) in the management of psychological problems in Inflammatory Bowel Disease patients. *Gastroenterol Hepatol* 2018 Feb; 41(2): 118-127.
- Nahon S, Lahmek P, Durance C, Olympie A, Lesgourgues B, Colombel JF, et al. Risk factors of anxiety and depression in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2012 Nov; 18(11): 2086-91.
- Graff LA, Walker JR, Clara I, Lix L, Miller N, Rogala L, et al. Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *Am J Gastroenterol* 2009 Dec; 104(12): 2959-69.
- Gracie DJ, Irvine AJ, Sood R, Mikocka-Walus A, Hamlin PJ, Ford AC. Effect of psychological therapy on disease activity, psychological comorbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017 Mar; 2(3): 189-199.
- Gurková E, Soosová MS. Illness Cognitions and Health-Related Quality of Life of Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Nurs* 2018 Jan/Feb; 41(1): 29-37.
- Marín L, Mañosa M, Garcia-Planella E, Gordillo J, Zabana Y, Cabré E, et al. Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. *J Gastroenterol* 2013 Jun; 48(6): 713-20.
- McCormick JB, Hammer RR, Farrell RM, Geller G, James KM, Loftus EV Jr, et al. Experiences of patients with chronic gastrointestinal conditions: in their own words. *Health Qual Life Outcomes* 2012 Mar 8; 10: 25.
- Lindfred H, Saalman R, Nilsson S, Sparud-Lundin C, Lepp M. Self-reported health, self-management, and the impact of living with inflammatory bowel disease during adolescence. *J Pediatr Nurs* 2012 Jun; 27(3): 256-64.
- Kemp K, Griffiths J, Lovell K. Understanding the health and social care needs of people living with IBD: a meta-synthesis of the evidence. *World J Gastroenterol* 2012 Nov 21; 18(43):6240-9.
- Magalhães J, Castro FD, Carvalho PB, Moreira MJ, Cotter J. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychosocial factors. *Arq Gastroenterol* 2014 Jul-Sep; 51(3): 192-7.
- Ortiz MS, Willey JF, Chiang JJ. How stress gets under the skin. *Rev Med Chil* 2014 Jun; 142(6): 767-74.
- Polonsky W. Diabetes burnout: what to do when you can't take it anymore. *American Diabetes Association*, 1999, capítulo 1.
- Schoultz M, Atherton I, Watson A. Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomised controlled trial. *Trials* 2015 Aug 25; 16: 379.
- Oregon Health and Science Clinic. Disponible en: <https://www.ohsu.edu>. (Consultada el 15/01/2019).
- University of Chicago Medicine. Disponible en: <https://www.uchicagomedicine.org/conditions-services/inflammatory-bowel-disease/crohns-disease>. (Consultada el 15/01/2019)
- Stoeckel M. Integrative medicine: The role of a psychologist in the treatment of Inflammatory Bowel Disease. Disponible en: http://online.crohnscolitisfoundation.org/site/DocServer/CCFA_3_12_stoeckel_handout.pdf?docID=31993. Consultada el 15/01/2019).
- Ewais T, Begun J, Kenny M, Rickett K, Hay K, Ajilchi B, et al. A systematic review and meta-analysis of mindfulness based interventions and yoga in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 2019 Jan; 116: 44-53.

29. Mazaheri M, Aghaei A, Abedi A, Adibi P. Effectiveness of Mindfulness-based Intervention on the Disease Activity and Quality of Life of Patients with Ulcerative Colitis. *GOVARESH*, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 84-92, June 2018. ISSN 2008-756x. Disponible en: <http://www.govaresh.org/index.php/dd/article/view/1932>. (Consultado el 10/01/2019).
30. Cullen M, Brito G. *Mindfulness y Equilibrio Emocional*. Editorial Sirio; 2016. Capítulo 2, pág 41 - 45.
31. Vidal A, Gómez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salameo M, Piqué JM, et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. *Inflamm Bowel Dis* 2008 Jul; 14(7): 977-83.
32. Gilbert P. *Terapia Centrada en la Compasión: Características Distintivas*. 2ª edición, Editorial Desclee De Brouwer; 2016. Capítulo 2, pág 25 - 27.
33. Wadsworth L, Forgeard M, et al. Examining the Role of Repetitive Negative Thinking in Relations Between Positive and Negative Aspects of Self - Compassion and Symptom Improvement During Intensive Treatment. *Cong Ther Res*. 2018. 42; 236.
34. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion - focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 2015; 45(5), 927 - 945.
35. Kochar B, Long MD, Galanko J, Raffals LE, Ananthkrishnan A, Sandler RS. Inflammatory Bowel Disease is Similar in Patients with Older Onset and Younger Onset. *Inflamm Bowel Dis* 2017 Jul; 23(7): 1187-1194.
36. Cooper JM, Collier J, James V, Hawkey CJ. Beliefs about personal control and self-management in 30-40 year olds living with Inflammatory Bowel Disease: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2010 Dec; 47(12): 1500-9.
37. Carey M, Russell S. Externalising: Commonly Asked Questions [online]. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, Vol. 2002, No. 2, 2002: 76-84. Disponible en: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=126444324572166;res=IELHEA>. (Consultado el 12/01/2019).
38. Sluzki C. Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Rev. De Psicoterapia* 1992; Vol. VI nº 22-23; 53-70.