

## Estudio de personalidad y ansiedad en niños y adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal

### Study of personality and anxiety in children and adolescents with inflammatory bowel disease

Marta Marín Andrés<sup>a</sup>, Ruth García Romero<sup>a</sup>, Beatriz Puga González<sup>b</sup>, Ignacio Ros Arnal<sup>a</sup>, Jesús González Pérez<sup>c</sup>, Aida María Gutiérrez Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Universitario Infantil Miguel Servet. Zaragoza, España

<sup>b</sup>Centro Andrea Prader. Zaragoza, España

<sup>c</sup>Hospital Royo Villanova. Zaragoza, España

Recibido: 4 de mayo de 2020; Aceptado: 16 de noviembre de 2020

#### ¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

Existen determinados rasgos de personalidad que son frecuentes en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. No hay evidencia de que un tipo particular de personalidad pueda predisponer a desarrollar enfermedad inflamatoria intestinal.

#### ¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio apoya la hipótesis de que los niños y adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan rasgos de personalidad comunes y niveles de ansiedad inferiores a los de la media poblacional.

#### Resumen

**Objetivo:** Analizar la presencia de rasgos de personalidad comunes y estado de ansiedad en niños y adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). **Pacientes y Método:** Estudio longitudinal, prospectivo y analítico mediante la aplicación de los cuestionarios Children's Personality Questionnaire, High School Personality Questionnaire, State Trait Anxiety Inventory for Children y State Trait Anxiety Inventory a pacientes con EII con edad comprendida entre 9 y 18 años controlados en unidades de referencia en EII de Aragón, España. Se excluyeron aquellos que presentaban enfermedad activa, definido como una puntuación  $\geq 10$  en el Pediatric Crohn Disease Activity Index (PCDAI Score) o  $\geq 10$  en el Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI Score). **Resultados:** Participaron 26 pacientes (73% varones). El 61,5% presentaba enfermedad de Crohn (EC) y el 38,5% colitis ulcerosa (CU). Ninguno presentaba enfermedad activa. El perfil de personalidad como grupo se caracterizó por ser abierto, emocionalmente estable, calmado, sobrio, sensato, emprendedor, impresionable, dependiente, sereno, perfeccionista y relajado. El 50% de los pacientes con EC eran emprendedores frente a ningún paciente con CU ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas al

#### Palabras clave:

Enfermedad de Crohn;  
Colitis Ulcerosa;  
Ansiedad;  
Personalidad

Correspondencia:  
Marta Marín Andrés  
marta\_marin91@hotmail.com

comparar el resto factores de personalidad en función del tipo de EII, edad ni sexo. Los pacientes con EC tienden a ser más calmados ( $p = 0,0511$ ) y los pacientes con CU más introvertidos ( $p = 0,0549$ ). La muestra presentaba un nivel de ansiedad estado (A/E)  $-1,1 \pm 0,8$  DS respecto a la media poblacional. El nivel de ansiedad como rasgo (A/R) era  $-0,6 \pm 1$  DS. Los varones tenían niveles significativamente menores que las mujeres en el caso de la A/E ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** Destaca la presencia de rasgos de personalidad comunes en la población pediátrica con EII pero no se ha constatado mayor ansiedad que en la población de referencia.

## Abstract

**Objective:** to analyze the presence of common personality traits and anxiety states in children and adolescents with inflammatory bowel disease (IBD). **Patients and Method:** Longitudinal, prospective, and analytical study by applying the questionnaires Children's Personality Questionnaire, High School Personality Questionnaire, State-Trait Anxiety Inventory for Children, and State-Trait Anxiety Inventory for patients with IBD aged between 9 and 18 years seen at reference IBD units in Aragon, Spain. The participants excluded were those with active disease, defined as a score  $\geq 10$  on the Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI Score) or  $\geq 10$  on the Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI Score). **Results:** Twenty-six patients participated (73% male). 61.5% presented Crohn's disease (CD) and 38.5% ulcerative colitis (UC). No patient presented active disease. The personality profile as a group was characterized by being open, emotionally stable, calm, sober, sensible, enterprising, impressionable, dependent, serene, perfectionist, and relaxed. 50% of the CD patients were enterprising versus no UC patients ( $p < 0.05$ ). There were no statistically significant differences when comparing the remaining personality factors based on IBD type, age, or sex. Patients with CD tended to be calmer ( $p = 0.0511$ ) and patients with UC more introverted ( $p = 0.0549$ ). The sample presented a state anxiety level (A/E)  $-1.1 \pm 0.8$  SD compared with the population average. The level of anxiety as a feature (A/R) was  $-0.6 \pm 1$  SD. Males had significantly lower levels than females in the case of A/E ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** The presence of common personality traits in the pediatric population with IBD stands out but there was no greater anxiety than in the reference population.

## Keywords:

Crohn's Disease;  
Ulcerative Colitis;  
Anxiety;  
Personality

## Introducción

En los últimos años hay interés en conocer si existe un perfil de personalidad característico en las personas con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Pese a que hay pocos estudios que relacionen la personalidad con la EII, son varios los perfiles de personalidad que se han estudiado. Se ha visto que ciertos rasgos de personalidad como la alexitimia, el neuroticismo y el perfeccionismo son frecuentes en estos pacientes. Sin embargo, no existe evidencia de que ningún tipo de personalidad concreta predisponga a desarrollar esta enfermedad<sup>1-10</sup>.

Por otra parte, existe controversia sobre la comorbilidad que suponen determinados trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión en los pacientes con EII. Algunos autores no encuentran asociación entre estos trastornos y la EII mientras que otros señalan que son más frecuentes que en la población general<sup>1,11</sup>. Pese a que gran parte de los trabajos que han estudiado la prevalencia de ansiedad y depresión en la EII se han realizado en población adulta, estos trastornos también se han descrito en niños y adolescentes con EII. Según un estudio realizado en 79 pacientes con EII

con edades comprendidas entre 9 y 17 años, el 39% de los participantes tenían síntomas compatibles con niveles elevados de ansiedad<sup>12</sup>. En este estudio se empleó el cuestionario IMPACT-III que evalúa aspectos de la calidad de vida en pacientes con EII para establecer que pacientes se encontraban en remisión. El 63% de los participantes cumplían criterios de actividad de la enfermedad. Sin embargo, del mismo modo que ocurre en los adultos, las tasas de prevalencia de ansiedad y depresión son muy variables en la población pediátrica con EII.

El objetivo del presente estudio es evaluar la presencia de determinados rasgos de personalidad comunes así como la presencia de estado de ansiedad en la población de niños y adolescentes con EII en nuestro medio.

## Pacientes y Método

Estudio longitudinal, prospectivo y analítico llevado a cabo entre diciembre de 2017 y junio de 2018. Se incluyeron pacientes con EII, ya fuera colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC), con edad com-

prendida entre 9 y 18 años que eran controlados en unidades de referencia en EII de Aragón (España). Se excluyeron aquellos que presentaban enfermedad activa, definido como una puntuación  $\geq 10$  en el Pediatric Crohn Disease Activity Index (PCDAI Score) o  $\geq 10$  en el Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI Score).

Aquellos pacientes que cumplieran los criterios de inclusión recibieron por correo ordinario un documento informativo indicando el objetivo del trabajo. A todos los que aceptaron colaborar se les aplicó en una misma visita en el Hospital Infantil Miguel Servet y bajo la supervisión de la misma psicóloga infantil dos cuestionarios validados, uno sobre ansiedad y otro sobre personalidad. En el documento informativo se proporcionaba el teléfono a través del cual contactaban con la psicóloga para concertar la visita. Aquellos pacientes que no contactaron con la psicóloga tras haber recibido el documento informativo recibieron una llamada telefónica informativa del estudio. No se perdió ningún paciente por no haber logrado la comunicación telefónica. El día que los pacientes rellenaron los cuestionarios y de forma previa a la participación se solicitó el consentimiento informado.

Se realizó a su vez una revisión de las historias clínicas recogiendo las siguientes variables: sexo, edad al diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de EII, índice de actividad de la enfermedad (PCDAI y PUCAI Score) en el momento de la evaluación psicológica, tratamiento farmacológico actual, número de fármacos empleados hasta el momento y complicaciones relacionadas con su enfermedad.

En total 40 pacientes cumplían los criterios de inclusión. De estos, 14 pacientes no fueron incluidos (11 pacientes rechazaron participar, 2 pacientes no acudieron a la cita concertada con la psicóloga y 1 paciente acudió a la cita pero rechazó realizar los cuestionarios). Finalmente, la población a estudio fue de 26 pacientes (figura 1).

El cuestionario de personalidad utilizado fue el Children's Personality Questionnaire (CPQ) en el caso de pacientes entre 8 y 12 años y el High School Personality Questionnaire (HSPQ) en el caso de pacientes entre 12 y 18 años. Ambos cuestionarios se componen de 140 preguntas de opción múltiple y evalúan 13 rasgos de la personalidad y una escala de habilidad mental o inteligencia. Estas 14 escalas o factores de primer orden permiten obtener 4 factores de segundo orden o dimensiones más generales en la estructura de la personalidad. Tanto en el CPQ como el HSPQ se obtienen una puntuación directa para cada escala o factor. Las puntuaciones directas se transforman en unos valores de significación universal denominados decatipos. Esta transformación se realiza mediante una comparación con las puntuaciones obtenidas por una muestra

representativa de la población general a la cual pertenecen los sujetos del estudio. Los decatipos se distribuyen sobre una escala de 10 puntos equidistantes en unidades típicas. De modo que, los decatipos 5 y 6 son valores medios, 4 y 7 muestran una pequeña desviación (en una y otra desviación, respectivamente), 2, 3, 8 y 9 indican una gran desviación y 1 y 10 son valores extremos, entendiendo todas esas posiciones como relativas a la población específica sobre la cual se realizó la tipificación<sup>13,14</sup>.

El cuestionario de ansiedad utilizado fue el State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) en el caso de pacientes entre 9 y 15 años y el State Trait Anxiety Inventory (STAI) en el caso de pacientes a partir de 16 años. Mediante estos cuestionarios se evalúan dos conceptos independientes de ansiedad: la ansiedad como estado actual (A/E) y la ansiedad como rasgo (A/R). Se componen de 40 cuestiones, 20 cuestiones asignadas a cada una de las subescalas de A/E y A/R. Tras obtener las puntuaciones de A/E y A/R se comparan con las puntuaciones obtenidas por una muestra representativa de la población. A partir de las puntuaciones directas se obtienen las puntuaciones percentil y decatipo<sup>15-17</sup>.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra con determinación de las medidas de tendencia central y de dispersión (media  $\pm$  desviación estándar) así como los valores mínimos y máximos. En cuanto al estudio de los factores de personalidad, se calculó el porcentaje de pacientes que puntuaron significativamente en cada factor. Para ello se calculó el decatipo para cada factor de primer orden. Los decatipos 1 a 3 y 8 a 10 se consideraron significativos de cada factor de la per-

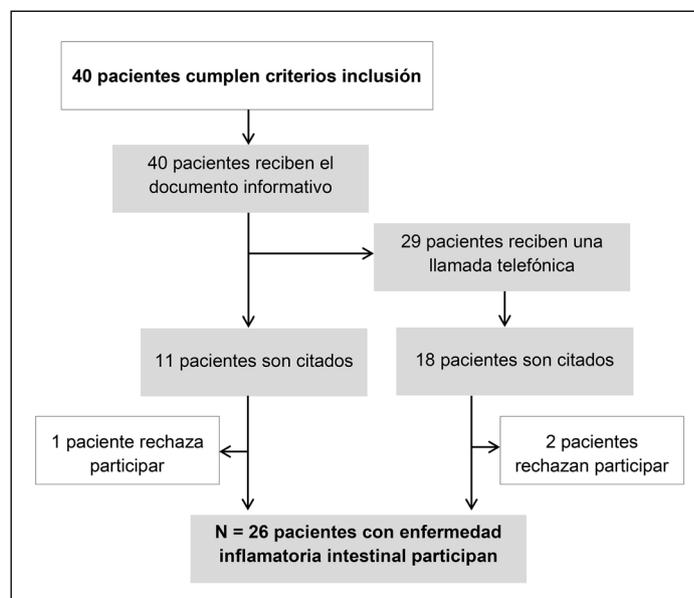


Figura 1. Diagrama de pacientes incluidos en el estudio.

sonalidad. A partir de los decatipos de los factores de primer orden se obtuvieron las puntuaciones de los factores de segundo orden. Se realizó un estudio comparativo entre los factores de personalidad en función del sexo, edad y tipo de enfermedad mediante tablas de contingencia analizadas con el test exacto de Fisher. En cuanto al estudio del estado de ansiedad, a partir de las puntuaciones directas se obtienen las puntuaciones percentil y los resultados se expresan en forma de media  $\pm$  desviación estándar.

Los datos recogidos fueron analizados mediante el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics. El umbral de significación estadística se estableció para un valor de  $p \leq 0,05$ .

Este proyecto de investigación fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA).

## Resultados

En total 26 pacientes participaron en el estudio. El 73,1% fueron varones y el 26,9% fueron mujeres. La edad media fue 14,7 años  $\pm$  2,33 DS (intervalo 10-18,8). En cuanto al tipo de EII, el 61,5% presentaba EC y el 38,5% CU. La edad media de los pacientes con EC era 14,72 años  $\pm$  2,3 DS (intervalo 10-18,8) y la edad media de los pacientes con CU era 14,8 años  $\pm$  2,1 DS (intervalo 12,2-18,3). La edad media al diagnóstico de la enfermedad era 10,9 años  $\pm$  2,5 DS (intervalo

5-14,6) y el tiempo de evolución de la enfermedad era 3,5 años  $\pm$  2,1 DS (intervalo 0,1-8). Ninguno de los pacientes presentaba enfermedad activa en el momento de la evaluación.

En cuanto a las complicaciones derivadas de la enfermedad se objetivan en distintos pacientes: resección intestinal por estenosis, intervención quirúrgica por enfermedad perianal, pancitopenia por azatioprina y esofagitis herpética.

En el momento de la evaluación psicológica todos los pacientes recibían algún tratamiento farmacológico. La mayor parte estaban en tratamiento con azatioprina (42,3%) y/o mesalazina (34,6%). El 76,9% de los pacientes recibía un único fármaco mientras que 6 pacientes (23%) recibían tratamiento combinado con dos o tres fármacos. Un paciente se encontraba en tratamiento con adalimumab, mesalazina y azatioprina, 2 pacientes con mesalazina y azatioprina, 2 pacientes con metotrexato y ustekinumab y un paciente con adalimumab y azatioprina. En total 9 pacientes (34,6%) recibían tratamiento con fármacos biológicos (5 pacientes recibían adalimumab, 2 pacientes ustekinumab, un paciente infliximab y un paciente vedolizumab).

El cuestionario CPQ se aplicó a 2 pacientes (edad entre 8 y 12 años) y el HSPQ a 24 pacientes (edad entre 12 y 18 años), posteriormente se analizaron conjuntamente todos los pacientes según los factores de primer y segundo orden del HSPQ. El perfil de personalidad del total de pacientes se caracterizó por ser abierto, emocionalmente estable, calmado, sobrio, sensato, emprendedor, impresionable, dependiente, sereno, perfeccionista y relajado (tabla 1). Por el contrario, ningún paciente puntuó en excitabilidad (entendiéndose como persona impaciente, exigente, hiperactiva o no inhibida) ni en sensibilidad dura (entendiéndose como poca simpatía por las necesidades de los demás o rechazo a las ilusiones). Así mismo, ningún paciente era poco integrado (persona que sigue sus propias necesidades). El 50% de los pacientes con EC ( $n = 8$ ) eran emprendedores, por el contrario ningún paciente con CU puntuó en este factor, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,0095$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar el resto factores de personalidad de primer orden en función del tipo de EII, sexo o edad (tabla 2).

En cuanto a los factores de segundo orden, la muestra se caracterizó por presentar ajuste o ansiedad baja (el sujeto que puntúa en esta área suele encontrar que la vida es gratificante y que logra llevar a cabo lo que cree importante), introversión (tendencia a ser reservado, autosuficiente, inhibido), calma (acomodaticio, sumiso, sobrio, prudente, impresionable, poco expresivo) y dependencia (pasivo, conducido por el grupo). Ningún paciente puntuó en excitabilidad ni en independencia (tabla 3). Los pacientes con EC

**Tabla 1. Cuestionario HSPQ. Resultados totales en factores de primer orden de la personalidad**

Escala	Polo superior (positivo) n (%)	Polo inferior (negativo) n (%)
Afabilidad	7 (26,9)	4 (15,4)
Estabilidad emocional	10 (38,5)	2 (7,7)
Excitabilidad	0 (0)	8 (30,8)
Dominancia	4 (15,4)	4 (15,4)
Animación	3 (11,5)	7 (26,9)
Atención a las normas	6 (23,1)	3 (11,5)
Atrevimiento	8 (30,8)	1 (3,8)
Sensibilidad	10 (38,5)	0 (0)
Desadaptación	4 (15,4)	2 (7,7)
Aprensión	1 (3,8)	10 (38,5)
Privacidad	3 (11,5)	3 (11,5)
Perfeccionismo	7 (26,9)	0 (0)
Tensión	1 (3,8)	9 (34,6)

\*HSPQ: High School Personality Questionnaire.

**Tabla 2. Cuestionario HSPQ. Factores de primer orden de la personalidad**

Escala	Polo superior (positivo)		Polo inferior (negativo)	
	n (%)		n (%)	
	EC n = 16	CU n = 10	EC n = 16	CU n = 10
Afabilidad	3 (18,75)	4 (40)	3 (18,75)	1 (10)
Estabilidad emocional	8 (50)	2 (20)	0 (0)	2 (20)
Excitabilidad	0 (0)	0 (0)	6 (37,5)	2 (20)
Dominancia	2 (12,5)	2 (20)	1 (6,25)	3 (30)
Animación	1 (6,25)	2 (20)	5 (31,25)	2 (20)
Atención a las normas	4 (25)	2 (20)	2 (12,5)	1 (10)
Atrevimiento	8 (50)	0 (0)	0 (0)	1 (10)
Sensibilidad	4 (25)	6 (60)	0 (0)	0 (0)
Desadaptación	2 (12,5)	2 (20)	2 (12,5)	0 (0)
Aprensión	0 (0)	1 (10)	7 (43,75)	3 (30)
Privacidad	1 (6,25)	2 (20)	3 (18,75)	0 (0)
Perfeccionismo	4 (25)	3 (30)	0 (0)	0 (0)
Tensión	0 (0)	1 (10)	6 (37,5)	3 (30)

Escala	Polo superior (positivo)		Polo inferior (negativo)	
	n (%)		n (%)	
	Niños n = 16	Adolescentes n = 10	Niños n = 16	Adolescentes n = 10
Afabilidad	6 (37,5)	1 (10)	2 (12,5)	2 (20)
Estabilidad emocional	6 (37,5)	4 (40)	1 (6,25)	1 (10)
Excitabilidad	0 (0)	0 (0)	5 (31,25)	3 (30)
Dominancia	1 (6,25)	3 (30)	2 (12,5)	2 (20)
Animación	2 (12,5)	1 (10)	4 (25)	3 (30)
Atención a las normas	4 (25)	2 (20)	2 (12,5)	1 (10)
Atrevimiento	5 (31,25)	3 (30)	0 (0)	1 (10)
Sensibilidad	5 (31,25)	5 (50)	0 (0)	0 (0)
Desadaptación	2 (12,5)	2 (20)	2 (12,5)	0 (0)
Aprensión	0 (0)	1 (10)	6 (37,5)	4 (40)
Privacidad	2 (12,5)	2 (20)	3 (18,75)	0 (0)
Perfeccionismo	4 (25)	3 (30)	0 (0)	0 (0)
Tensión	1 (6,25)	0 (0)	7 (43,75)	2 (20)

Escala	Polo superior (positivo)		Polo inferior (negativo)	
	n (%)		n (%)	
	Varón n = 19	Mujer n = 7	Varón n = 19	Mujer n = 7
Afabilidad	7 (36,8)	0 (0)	3 (15,8)	1 (14,3)
Estabilidad emocional	8 (42,1)	2 (28,6)	1 (5,3)	1 (14,3)
Excitabilidad	0 (0)	0 (0)	7 (36,8)	1 (14,3)
Dominancia	3 (15,8)	1 (14,3)	3 (15,8)	1 (14,3)
Animación	3 (15,8)	0 (0)	5 (26,3)	2 (28,6)
Atención a las normas	5 (26,3)	1 (14,3)	2 (10,5)	1 (14,3)
Atrevimiento	6 (31,6)	2 (28,6)	0 (0)	1 (14,3)
Sensibilidad	8 (42,1)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)
Desadaptación	2 (10,5)	2 (28,6)	2 (10,5)	0 (0)
Aprensión	0 (0)	1 (14,3)	9 (47,4)	1 (14,3)
Privacidad	1 (5,3)	2 (28,6)	3 (15,8)	0 (0)
Perfeccionismo	5 (26,3)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)
Tensión	1 (5,3)	0 (0)	6 (31,6)	3 (42,8)

\*HSPQ: *High School Personality Questionnaire*; EI: enfermedad inflamatoria intestinal; EC: enfermedad de Crohn; CU: colitis ulcerosa.

**Tabla 3. Cuestionario HSPQ, Factores de segundo orden de la personalidad, Resultados totales**

Escala	Polo superior (positivo) n (%)		Polo inferior (negativo) n (%)	
	Ansiedad	2 (7,7)		10 (38,5)
Extroversión	4 (15,4)		5 (19,2)	
Excitabilidad	0 (0)		12 (46,1)	
Independencia	0 (0)		2 (7,7)	

Escala	Polo superior (positivo) n (%)		Polo inferior (negativo) n (%)	
	EC n = 16	CU n = 10	EC n = 16	CU n = 10
	Ansiedad	1 (6,25)	1 (10)	8 (50)
Extroversión	4 (25)	0 (0)	1 (6,25)	4 (40)
Excitabilidad	0 (0)	0 (0)	10 (62,5)	2 (20)
Independencia	0 (0)	0 (0)	1 (6,25)	1 (10)

Escala	Polo superior (positivo) n (%)		Polo inferior (negativo) n (%)	
	Niños n = 16	Adolescentes n = 10	Niños n = 16	Adolescentes n = 10
	Ansiedad	0 (0)	2 (20)	7 (43,75)
Extroversión	4 (25)	0 (0)	3 (18,75)	2 (20)
Excitabilidad	0 (0)	0 (0)	8 (50)	4 (40)
Independencia	0 (0)	0 (0)	1 (6,25)	1 (10)

Escala	Polo superior (positivo) n (%)		Polo inferior (negativo) n (%)	
	Varón n = 19	Mujer n = 7	Varón n = 19	Mujer n = 7
	Ansiedad	1 (5,3)	1 (14,3)	7 (36,8)
Extroversión	4 (21)	0 (0)	2 (10,5)	3 (42,8)
Excitabilidad	0 (0)	0 (0)	3 (15,8)	2 (28,6)
Independencia	0 (0)	0 (0)	1 (5,3)	1 (14,3)

\*HSPQ: *High School Personality Questionnaire*; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; EC: enfermedad de Crohn; CU: colitis ulcerosa.

presentaban más ajuste y más calma que los pacientes con CU (50% y 62,5% frente a 20% y 20% respectivamente,  $p = 0,0511$ ). Por su parte, los pacientes con CU eran más introvertidos que los que tenían EC (40% frente a 6,3%,  $p = 0,0549$ ). Pese a que estas diferencias no alcanzaron la significación se observa una tendencia estadística. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar los factores de segundo orden en función del sexo o edad (tabla 3).

En referencia al estado de ansiedad, se aplicó el cuestionario STAIC a 16 pacientes y el cuestionario STAI a 10 pacientes, según la edad. La muestra total de pacientes presentaba un nivel de ansiedad estado (A/E)  $-1,1 \pm 0,8$  DS respecto a la media de la pobla-

ción general estandarizada. El nivel de ansiedad como rasgo (A/R) de la muestra total de pacientes era  $-0,6 \pm 1$  DS respecto a la media de la población general estandarizada. Comparando por grupos de edad, tanto la A/E como la A/R eran menores en los niños que en los adolescentes (tabla 4). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad. Los pacientes con EC, tanto niños como adolescentes, presentaban niveles inferiores de A/E y A/R que los niños y adolescentes con CU. Esta diferencia era menos manifiesta en los niños en el caso de la A/R (tabla 4). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar A/E y A/R según tipo de EII. Los varones, independientemente

**Tabla 4. Cuestionario STAIC y STAI**

Escala	STAIC n = 16	STAI n = 10	Total n = 26			
	Edad ( $\bar{x} \pm SD$ )	Edad ( $\bar{x} \pm SD$ )	Edad ( $\bar{x} \pm SD$ )			
	13,1 $\pm$ 1,4	17,3 $\pm$ 0,9	14,7 $\pm$ 2,4			
Ansiedad estado ( $\bar{x} \pm SD$ )	-1,1 $\pm$ 0,8	-1 $\pm$ 0,7	-1,1 $\pm$ 0,8			
Ansiedad rasgo ( $\bar{x} \pm SD$ )	-0,7 $\pm$ 0,6	-0,5 $\pm$ 1,5	-0,6 $\pm$ 1			
Escala	EC n = 16			CU n = 10		
	STAIC n = 10	STAI n = 6	Total n = 16	STAIC n = 6	STAI n = 4	Total n = 10
Ansiedad estado ( $\bar{x} \pm SD$ )	-1,3 $\pm$ 0,7	-1,2 $\pm$ 0,7	-1,3 $\pm$ 0,7	-0,8 $\pm$ 1	-0,7 $\pm$ 0,6	-0,8 $\pm$ 0,8
Ansiedad rasgo ( $\bar{x} \pm SD$ )	-0,7 $\pm$ 0,6	-0,7 $\pm$ 1,5	-0,7 $\pm$ 1	-0,7 $\pm$ 0,4	-0,1 $\pm$ 1,7	-0,4 $\pm$ 1
Escala	Mujer			Varón		
	STAIC n = 3	STAI n = 4	Total n = 7	STAIC n = 13	STAI n = 6	Total n = 19
Ansiedad estado ( $\bar{x} \pm SD$ )	-0 $\pm$ 1,4	-0,9 $\pm$ 0,9	-0,5 $\pm$ 1,1	-1,4 $\pm$ 0,4	-1,1 $\pm$ 0,6	-1,2 $\pm$ 0,5
Ansiedad rasgo ( $\bar{x} \pm SD$ )	-0,2 $\pm$ 0,3	-0,1 $\pm$ 2	-0,2 $\pm$ 1,1	-0,8 $\pm$ 0,5	-0,7 $\pm$ 1,3	-0,8 $\pm$ 0,9

\*STAIC: *State-Trait Anxiety Inventory for Children*; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; EC: enfermedad de Crohn; CU: colitis ulcerosa,

de la edad, tenían niveles inferiores de A/E y A/R que las mujeres (tabla 4). En este caso, se observó una diferencia estadísticamente significativa en el caso de la A/E ( $p = 0,0331$ ) con mayor puntuación de ansiedad en pacientes de sexo femenino.

## Discusión

En el estudio se incluyeron pacientes con EII de diferente sexo, edad, nivel socio-económico, raza, nivel cultural y lugar de residencia (medio rural y urbano). A pesar de la gran heterogeneidad de la muestra, se han encontrado una serie de rasgos de personalidad comunes. El perfil de personalidad de los pacientes, como grupo, se caracterizó por ser abierto, emocionalmente estable, calmado, sobrio, sensato, emprendedor, impresionable, dependiente, sereno, perfeccionista y relajado. Llama la atención que a pesar de ser rasgos habituales en la población, ninguno de los pacientes puntuó en excitabilidad, sensibilidad dura ni en ausencia de perfeccionismo. La mitad de los pacientes con EC eran emprendedores frente a ninguno de los pacientes con CU siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El rasgo de personalidad emprendedor se define como aquella persona socialmente atrevida, no inhibida ni cohibida. En cuanto a los factores de segundo orden según tipo de enfermedad, se encontró una tendencia estadística en el caso de los factores calma e introversión. Los pacientes con EC tienden a ser más

calmados y los pacientes con CU tienden a ser más introversos. Estos hallazgos se contraponen con los de un estudio realizado en 2016 en el que se incluyeron 108 pacientes adultos con EII, observándose mayor extroversión en los pacientes con CU. Sin embargo, del mismo modo que ocurre en nuestro estudio esta diferencia no era estadísticamente significativa<sup>18</sup>. En este estudio se constató que los pacientes con EC presentan un mayor control de las emociones negativas en comparación con los pacientes con CU. En nuestra muestra se ha visto que los pacientes con EII tienden a ser emocionalmente estables, sobre todo los pacientes con EC, lo cual iría en sintonía con los resultados objetivados por dicho estudio.

En otros estudios se ha visto que la gran mayoría de los pacientes con EII presenta incomodidad en presencia de otros. Según Haller et al, las personas con EII en general permanecen "cerradas" en su entorno y tienen una pequeña red de apoyo constituida fundamentalmente por su familia cercana<sup>18,19</sup>. Tal y como concluye Haller, la mayoría de nuestros pacientes limitan sus relaciones a un círculo más estrecho de confianza aun que en general tienden a ser abiertos y participativos.

Del mismo modo a lo descrito en otros estudios<sup>1,4,6,10</sup>, nuestra muestra puntuó significativamente en perfeccionismo. La actitud perfeccionista puede impactar negativamente ya que la evolución de la enfermedad se escapa a su dominio lo cual puede generar estrés favoreciendo un círculo vicioso que empeora el control de la enfermedad.

Como se ha descrito previamente la prevalencia de síntomas ansiosos y trastornos de ansiedad en la EII es muy variable entre los diferentes estudios, siendo la prevalencia de ansiedad mayor durante los periodos de actividad de la enfermedad<sup>1,20-22</sup>. Llama la atención que la presencia de síntomas de ansiedad en los pacientes pediátricos con EII sea menor que en otros grupos de pacientes pediátricos con otras enfermedades crónicas. En el caso de la diabetes y el asma las tasas de prevalencia de ansiedad oscilan entre el 27% y el 33% respectivamente frente al 16,4% en la EII<sup>23-25</sup>. Esta misma tendencia se ha mostrado en adultos con EII viéndose una mayor prevalencia de ansiedad con respecto a la población general pero menor en comparación con pacientes con otras enfermedades crónicas<sup>26</sup>. Además, se ha visto que los pacientes pediátricos con EII presentan tasas inferiores de ansiedad que los adultos con EII<sup>1,23,27,28</sup>. Es posible que estas diferencias se deban al mayor tiempo de evolución de la enfermedad en los adultos junto con la presencia de más complicaciones derivadas de la enfermedad. A pesar de ello, uno de los principales motivos de la gran variabilidad de la prevalencia de trastornos de ansiedad y síntomas de ansiedad en los pacientes con EII es la ausencia de una única escala de valoración. En una revisión sistemática publicada en 2016 en la que se incluyeron 66 estudios se utilizaron 16 escalas (5 para ansiedad y depresión, 6 para depresión y 5 para ansiedad) y sin embargo solo 2 estaban validadas en individuos con EII<sup>22,26,29</sup>.

En nuestra muestra se vio que como grupo, los pacientes con EII presentan niveles inferiores de ansiedad estado con respecto a media de la población española sobre la que se validó el cuestionario siendo los niveles de ansiedad como rasgo similares a la media de la población estandarizada. Este hecho destaca ya que a pesar de que todos los pacientes se encontraban en fase de remisión de la enfermedad muchos de ellos se encontraban en periodo de exámenes escolares o incluso se relató situación de acoso escolar lo cual cabría estar en relación con un mayor estado de ansiedad. A diferencia de nuestro trabajo, hay estudios realizados en población pediátrica con EII en los que se alcanzan cifras elevadas de síntomas ansiedad. Este sería el caso de un estudio irlandés realizado en 79 pacientes con EII con un rango de edad similar a nuestro estudio. Sin embargo, este trabajo presenta algunas diferencias metodológicas que podrían justificar las diferencias encontradas. Por un lado, se empleó la escala Spencer Children's Anxiety Scale (SCAS) en lugar del STAI para valorar los síntomas de ansiedad. Por otra parte, no se especificó el porcentaje de pacientes con enfermedad activa durante la evaluación y además, los cuestionarios fueron completados por los pacientes en domicilio y remitidos a los investigadores en lugar de supervisados por un psicólogo experto<sup>12</sup>.

En nuestra muestra los pacientes con EC presentaban niveles inferiores de ansiedad en comparación con los pacientes con CU, sobre todo en el caso de la ansiedad como estado actual, sin alcanzar la significación estadística. Este hecho contrarresta con lo publicado en otros artículos en los que los síntomas de ansiedad son más frecuentes en los pacientes con EC<sup>22,29</sup>. En cuanto a las diferencias por sexo, los hombres presentaron niveles de ansiedad como estado actual significativamente menores que las mujeres. Este resultado coincide con los hallazgos de estudios previos en pacientes con EII en los que se han reportado tasas de ansiedad más elevadas en el sexo femenino<sup>20,21</sup>.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Una de ellas estaría relacionada con las características de los pacientes incluidos finalmente en el estudio ya que la participación en el estudio estaba condicionada por la disponibilidad o deseo de los pacientes de participar lo cual podría condicionar un sesgo de selección. Inicialmente el proyecto contaba con incluir un mínimo de 40 pacientes que se adaptasen a los criterios de inclusión y exclusión expuestos. Finalmente el número total de pacientes se vio reducido a 26, contando solamente con un 65% de participación.

En conclusión, en esta serie heterogénea de niños y adolescentes con EII se ha detectado la presencia de un perfil de personalidad común caracterizado por ser abierto, emocionalmente estable, calmado, sobrio, sensato, emprendedor, impresionable, dependiente, sereno, perfeccionista y relajado. No se ha constatado mayor ansiedad en los pacientes pediátricos con EII que en la población de referencia.

## Responsabilidades Éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Sajadinejad M, Asgari K, Molavi H, et al. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. *Gastroenterol Res Pract.* 2012; 2012: 106502.
2. Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2010;154(4):307-14.
3. Tobón S, Vinaccia S, Quiceno L, et al. Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Av en Psciol Latinoam.* 2007;25(2):83-97.
4. Triantafyllidis J, Merikas E, Gikas A. Psychological factors and stress in inflammatory bowel disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2013;7(3):225-38.
5. Moreno-Jiménez B, López B, Rodríguez-Muñoz A, et al. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res.* 2007;62(1):39-46.
6. Hyphantis TN, Triantafyllidis J, Pappa S, et al. Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol.* 2005;40(1):24-30.
7. La Barbera D, Bonanno B, Rumeo M, et al. Alexithymia and personality traits of patients with inflammatory bowel disease. *Sci Rep.* 2017;7:41786.
8. Jordan C, Sin J, Fear N, et al. A systematic review of the psychological correlates of adjustment outcomes in adults with inflammatory bowel disease. *Clin Psychol Rev.* 2016;47:28-40.
9. Goerlich-Dobre K, Votinov M, Habel U. Neuroanatomical profiles of alexithymia dimensions and subtypes. *Hum Brain Mapp.* 2015;36(10):3805-18.
10. Flett G, Baricza C, Gupta A, et al. Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: A study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *J Heal Psychol.* 2011;16(4):561-71.
11. Bernstein C, Hitchon C, Walld R, et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2019;25(2):360-368.
12. Kilroy S, Nolan E, Sarma K. Quality of life and level of anxiety in youths with inflammatory bowel disease in Ireland. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;53(3):275-9.
13. Porter R, Cattell R. CPQ. Cuestionario de personalidad para niños. Manual (3ª edición) TEA ediciones; 1986.
14. Cattell R, Cattell M. HSPQ. Cuestionario de personalidad para adolescentes. Manual (3ª edición) TEA ediciones; 1986.
15. Julian L. Measures of Anxiety. *Arthritis Care Res.* 2011;63(011): 10.1002/acr.20561.
16. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual (6ª edición). TEA ediciones; 2002.
17. Spielberger C, Edwards C, Lushene R, et al. STAIC. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual (2ª edición). TEA ediciones; 1998.
18. Morys J, Kaczówka A, Jeżewska M. Assessment of selected psychological factors in patients with inflammatory bowel disease. *Prz Gastroenterol.* 2016;11(1):47-53.
19. Haller C, Kemmler G, Judmair G. Social network and social support in patients with chronic inflammatory bowel disease. *Z Psychosom Med Psychother.* 2003;49:36-48.
20. van den Brink G, Stapersma L, Vløg L, et al. Clinical disease activity is associated with anxiety and depressive symptoms in adolescents and young adults with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;48(3):358-69.
21. Brooks A, Rowse G, Ryder A, et al. Systematic review: psychological morbidity in young people with inflammatory bowel disease - risk factors and impacts. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016;44(1):3-15.
22. Neuendorf R, Harding A, Stello N, et al. Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2016;87:70-80.
23. Stapersma L, van den Brink G, Szigethy E, et al. Systematic review with meta-analysis: anxiety and depression in children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;48(5):496-506.
24. Lu Y, Mak K, van Bever H, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatr Allergy Immunol.* 2012;23:707-15.
25. Buchberger B, Huppertz H, Krabbe L, et al. Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology.* 2016;70:70-84.
26. Mikocka-Walus A, Knowles S, Keefer L, et al. Controversies Revisited: A Systematic Review of the Comorbidity of Depression and Anxiety with Inflammatory Bowel Diseases. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22(3):752-62.
27. Nahon S, Lahmek P, Durance C, et al. Risk Factors of Anxiety and Depression in Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2012;18(11):2086-91.
28. Iglesias M, Barreiro de Acosta M, Vázquez I, et al. Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes en remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Rev esp enferm dig.* 2009;101(4):249-57.
29. Navabi S, Gorrepati V, Yadav S, et al. Influences and Impact of Anxiety and Depression in the Setting of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2018;24(11):2303-8.