

Abordaje psicológico y psiquiátrico de la enfermedad inflamatoria intestinal

ÁNGELA VIDAL-HAGEMEIJER^a, ESTHER GÓMEZ^a Y JULIÁN PANÉS^b

^aUnidad de Psiquiatría de Enlace. Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología. ^bUnidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

La valoración del estado psicológico del paciente, de sus funciones superiores y de su estado emocional es un componente esencial de la práctica clínica del médico actual, y requiere conocimientos específicos psicológicos, psiquiátricos y de psicofarmacología básica que deben poseer todos los médicos independientemente de su especialidad. El objetivo de esta valoración es reducir síntomas, como la ansiedad, la depresión y el dolor, y ayudar al paciente a tener una mejor adaptación a la enfermedad. Por otra parte, la investigación sobre la relación entre factores psicológicos y el curso de la

enfermedad puede contribuir al conocimiento de la etiopatogenia y a mejorar el abordaje terapéutico de muchas enfermedades.

En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), el interés de las variables psicosociales no ha sido tan amplio como en otras enfermedades crónicas, como las neoplasias o la fibromialgia, y pocos estudios han evaluado la influencia de estas variables en el curso de la enfermedad. Paralelamente, hay una tendencia a infradiagnosticar trastornos psiquiátricos en pacientes con EII¹, que están presentes en un porcentaje significativo de pacientes con enfermedades crónicas.

Puntos clave

- Un 25% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presenta un trastorno psiquiátrico. Esta prevalencia es similar a la que se encuentra en otras poblaciones con enfermedades crónicas.
- Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con EII son los trastornos depresivos y de ansiedad.
- Las investigaciones centradas en la relación entre acontecimientos vitales estresantes en el inicio y exacerbaciones de la enfermedad, y la existencia de una personalidad premórbida en pacientes con EII han obtenido resultados discordantes.
- Existe un consenso en torno a la importancia de evaluar y tratar los factores emocionales en pacientes con EII con el objetivo de mejorar su bienestar, su calidad de vida y la adaptación a la enfermedad.
- Diversos estudios han demostrado que la sintomatología psiquiátrica en pacientes con enfermedades médicas, incluidos los cuadros reactivos o trastornos de la adaptación, mejora con tratamiento psicofarmacológico y terapia psicológica.

Importancia de los factores psicológicos y emocionales

Diversas investigaciones se han centrado en el papel que tienen los acontecimientos vitales estresantes en el inicio y las exacerbaciones de la enfermedad, la existencia de una personalidad premórbida y la relación entre factores emocionales y calidad de vida de estos pacientes².

Influencia de los acontecimientos vitales estresantes en el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal

Los primeros estudios realizados para investigar la relación entre el inicio o recurrencias de la EII y el estrés secundario a acontecimientos vitales estresantes tienen un diseño transversal y retrospectivo, de forma que se recogían los acontecimientos vitales una vez el paciente presentaba una recurrencia (tabla 1). Los resultados de estos estudios no son homogéneos: mientras dos de ellos no encuentran relación entre la actividad de la colitis ulcerosa y los acontecimientos vitales estresantes^{1,3}, otro estudio sugiere la existencia de una relación entre actividad de la EII y acontecimientos vitales⁴ y otro sólo halla una relación cuando se trata de la enfermedad de Crohn³. Cuando se evalúan las percepciones subjetivas de los pacientes sobre los factores desencadenantes de su enfermedad, un 70% refiere una aparente relación entre la exacerbación de la enfermedad y los acontecimientos vitales estre-

Tabla 1. Estudios que evalúan la relación entre acontecimientos vitales estresantes (AVE) y actividad de las EII

Autores	Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn	Instrumentos	Objetivo del estudio	Resultados	Limitaciones
Helzer et al (1982)	n = 50		Listado de acontecimientos vitales (AVE)	Estudio retrospectivo de 6 meses de duración que analiza la relación entre CU y AVE	No existe relación entre AVE y el grado de actividad de la CU	Estudio retrospectivo Instrumento de evaluación de AVE no estandarizado
Paar et al (1988)	n = 44	n = 70	Listado de acontecimientos vitales (AVE)	Estudio retrospectivo de 2 años de duración que analiza la relación entre EII y AVE	Existe una correlación entre la actividad de la EC y los AVE No existe correlación entre CU y AVE	Estudio retrospectivo Instrumento de evaluación de AVE no estandarizado
Robertson et al (1989)	n = 36	n = 44	Listado de acontecimientos vitales (AVE)	Estudio retrospectivo. Evaluar la percepción subjetiva de desencadenantes de la EII	Un 70% de los pacientes con EII identifican un AVE como desencadenante de su enfermedad	Estudio retrospectivo Percepción subjetiva Instrumento de AVE no estandarizado
Garret et al (1990)		n = 10	Daily stress Inventory	Estudio prospectivo de 28 días de duración que analiza la relación entre EII y estresores diarios	Existe una correlación positiva entre estresores menores y actividad de la EII	Muestra reducida Subjetividad en la evaluación del estrés. No se controlan variables de confusión como puede ser la personalidad
Riley et al (1990)	n = 92		Life Paykel Events Scale	Estudio prospectivo de un año que analiza la relación entre AVE y EII	No existe relación entre EII y AVE	No control de variables predictoras de recaída
North et al (1991)	n = 8	n = 24	Escala de Adaptación Social de Holmes y Rahe	Estudio prospectivo de 2 años de duración que analiza la relación entre AVE y EII	No existe relación entre la exacerbación de la EII y los AVE	Muestra reducida La muestra incluye sujetos que no están en completa remisión
Duffy et al (1991)	n = 53	n = 77	Schedule of Recent Experience	Estudio prospectivo de 6 meses de duración que analiza la relación entre AVE y EII	Existe relación entre exacerbación y AVE	Errores metodológicos: Los AVE pueden estar evaluados en el mismo mes que la exacerbación Los AVE más predictivos de recaída son los relacionados con la salud
Green et al (1993)	n = 5	n = 6	Daily Psychosocial Stress Diary	Estudio prospectivo. Evalúa el estrés y la actividad de la EII 7 días al mes durante 1 año	Existe relación entre estrés y actividad de la EII	Muestra reducida Evaluación subjetiva del estrés. No se controlan variables de confusión como personalidad
Von Wietersheim et al (1994)	n = 51	n = 57	Perceived Stress Scale	Estudio prospectivo de 3 años de duración que analiza la relación entre EII y percepción de estrés	Modesta correlación entre la exacerbación de la EII con la sensación de estar bajo presión	Evaluación subjetiva del estrés. No se controlan variables de confusión como personalidad
Levenstein et al (2000)	n = 62		Paykel Interview for Recent Life Experience Perceived Stress Questionnaire	Estudio prospectivo de 18 meses que evalúa la relación entre AVE, percepción del estrés y exacerbaciones	Las exacerbaciones no están relacionadas con AVE, pero sí con percepción de estrés a largo tiempo	Evaluación subjetiva del estrés. No están controladas variables de confusión como personalidad
Sewith et al (2001)	n = 63	n = 137	Recent Minor Stressful Events Perceived Stress Scale	Estudio retrospectivo	Existe relación entre actividad de la EII y AVE menores y estrés percibido	Estudio retrospectivo

(continúa en la página siguiente)

Tabla 1. Estudios que evalúan la relación entre acontecimientos vitales estresantes (AVE) y actividad de las EII (continuación)

Autores	Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn	Instrumentos	Objetivo del estudio	Resultados	Limitaciones
Bitton et al (2003)	n = 60		Psychiatric Epidemiology Research Interview of Life Events Scale	Estudio prospectivo de 1 año de seguimiento	Existe relación entre exacerbación y AVE después del ajuste estadístico de covariantes	Los pacientes que recaen son los que han presentado un curso más grave de la enfermedad. Controlan estadísticamente algunas variables pero no controlan otros factores de riesgo
Li et al (2004)	n = 766	n = 301	Muerte de un hijo	Estudio epidemiológico. Seguimiento de padres que han perdido un hijo	No existe relación entre AVE e ingresos de EII	Únicamente controlan los pacientes que han tenido que ser hospitalizados debido a la exacerbación de la EII
Mardini et al (2004)		n = 18	Holmes Recent Life Changes	Estudio prospectivo de 2 años de seguimiento	Los AVE recientes influyen en la actividad de la EII pero menos y es dependiente del nivel de depresión	Muestra reducida
Mittermaier et al (2004)	n = 13	n = 47	Perceived Stress Questionnaire	Estudio prospectivo de 18 meses	No hay relación entre estrés percibido y exacerbaciones de la EII	No controlan variables predictoras de recaída de la EII

AVE: acontecimientos vitales; EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

santes^{5,6}. La limitación principal de estos estudios es su diseño por la subjetividad en el recuerdo, y la tendencia innata a buscar explicaciones a lo que sucede, en este caso, a buscar la causa de las exacerbaciones de estas enfermedades. Además, la asociación temporal no implica, por sí misma, causalidad. Los estudios prospectivos son también escasos y controvertidos. Un motivo de la disparidad de resultados se debe al instrumento de evaluación del estrés, que puede evaluar percepción del estrés o acontecimientos vitales estresantes. La mayoría de los estudios que evalúan estrés diario o percepción del estrés⁷⁻¹⁰ hallan una correlación positiva entre el estrés y la actividad de la enfermedad, excepto uno, que no encuentra relación¹¹. Ninguno de estos estudios controlan la variable de personalidad "neuroticismo", que podría ser una variable de confusión, debido a que los pacientes con alto neuroticismo perciben mayor grado de estrés que los de bajo neuroticismo. En cambio, en los estudios que evalúan la presencia de acontecimientos vitales estresantes y las exacerbaciones, los resultados son controvertidos. Unos estudios no encuentran relación entre acontecimientos vitales y las exacerbaciones^{10,12-14}. En contraste, estudios recientes, como el de Duffy et al (1991)¹⁵ o el de Bitton et al (2003)¹⁶, encuentran esta correlación después del ajuste de covariables significativas¹⁶. Mardini et al¹⁷ (2004) también encuentran que el índice de actividad de la enfermedad de Crohn está asociado positivamente con los cambios vitales recientes, pero concluyen que éstos afectan menos y dependen del grado de depresión. En resumen, las controversias en los resultados y las limitaciones metodológicas de estas investigaciones² obligan a que

se requiera la realización de estudios prospectivos, con una muestra mayor y replicados, para poder apoyar la hipótesis sobre la influencia de los acontecimientos vitales estresantes en el desencadenamiento o la exacerbación de la EII.

Influencia de la personalidad en la enfermedad inflamatoria intestinal

Diversas investigaciones han centrado su interés en la personalidad de estos pacientes (tabla 2). La mayoría de estudios, mediante el uso del inventario de personalidad de Eysenk¹⁸, encuentran puntuaciones más elevadas, comparadas con un grupo control, en las dimensiones de neuroticismo e introversión en los pacientes con enfermedad de Crohn^{5,19} y con colitis ulcerosa^{5,20}. No se establecen diferencias entre pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa⁵, excepto en un estudio comparativo no controlado²¹. Estos autores hablan de la existencia de una personalidad predispuesta a la EII, que denominan "personalidad con tendencia a la ansiedad". No obstante, existen motivos para cuestionar esta hipótesis. La enfermedad y sus consecuencias pueden influir en el sentido de las respuestas, y se pueden obtener puntuaciones más altas en estas dos escalas, sin que los resultados del cuestionario no sean, por tanto, una representación del todo fiable de la personalidad. De hecho, estudios más recientes que evalúan personalidad mediante otros cuestionarios no encuentran puntuaciones fuera del rango de la normalidad²². Además, no existe una personalidad premórbida específica en estos pacientes que sugiera que la personalidad les condicione una mayor vulnerabilidad a la enfermedad. Por todo

ello, la existencia de una relación entre rasgos de personalidad y EII no está confirmada.

Influencia de los factores emocionales en la calidad de vida

A pesar de que, como se ha comentado, aún existen controversias entre la influencia de los acontecimientos vitales estresantes y de la personalidad en la EII, existe consenso en la importancia de la valoración de los factores emocionales en estos pacientes, ya que ésta es relevante para favorecer la adaptación a la enfermedad. Por lo tanto, es clave identificar las preocupaciones que pueden interferir en esa adaptación y promover estrategias al paciente para ayudarle en ese proceso de ajuste⁴. Se ha demostrado que la sensación subjetiva de bienestar y calidad de vida no está tan relacionada con la gravedad de los síntomas físicos, como con la intensidad de miedos, preocupaciones y problemas psicológicos que el paciente tiene sobre su enfermedad^{23,24}. De hecho, los problemas psicológicos se han asociado a un mayor uso de los servicios médicos²⁵. Además, algunos autores han encontrado que pacientes con enfermedad de Crohn con trastornos psiquiátricos se recuperaban más lentamente de las exacerbaciones que los que no presentaban ningún problema emocional²⁶.

Trastornos depresivos y de ansiedad

Diversos estudios han abordado la comorbilidad de trastornos afectivos y de ansiedad en pacientes afectados de EII. Mientras que unos autores encuentran una prevalencia similar en estos pacientes con respecto a otras poblaciones de enfermos crónicos, otros encuentran una prevalencia mayor en

pacientes con enfermedad de Crohn, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad en estos pacientes para presentar trastornos psiquiátricos². Los cuadros depresivos y de ansiedad en estos pacientes pueden ser consecuencia tanto del estrés que provoca su diagnóstico o padecimiento (depresión reactiva), como de factores orgánicos que lo favorecen (trastorno afectivo orgánico). Entre los factores orgánicos que pueden desempeñar un papel en la fisiopatología de las alteraciones psiquiátricas destacan los déficit nutricionales (carencia de vitamina B₁₂, bajo peso) y el de algunos fármacos empleados para el tratamiento de la enfermedad, principalmente los corticosteroides, tanto durante el tratamiento farmacológico como en el momento de su retirada, así como algunos inmunosupresores y analgésicos.

Recomendaciones terapéuticas psicológicas y psiquiátricas

Abordaje por parte del especialista en gastroenterología

El diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos de ansiedad por parte del gastroenterólogo no sólo es viable sino que es fundamental en cuanto a su detección temprana, tratamiento y seguimiento de la mayoría de casos.

Anamnesis de aspectos emocionales y de repercusiones psicosociales

El abordaje integral del paciente es imprescindible en toda práctica médica. Por ello es necesario que el gastroenterólogo plantee y realice una aproximación a los distintos ámbitos que pueden ser fuente de preocupación, como las repercusio-

Tabla 2. Estudios que evalúan personalidad en la enfermedad inflamatoria intestinal

Autores	Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn	Grupo control	Instrumentos	Objetivo del estudio	Resultados	Limitaciones
Gazzard et al (1978)	n = 85		Muestra de sujetos sanos	EPI	Estudio de la personalidad en pacientes afectados de EC y diferencias entre géneros	Los hombres presentan puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones de neuroticismo e introversión. No se encontraron diferencias entre mujeres y controles.	
Gathmann et al (1981)	n = 26		Muestra de sujetos sanos	EPI	Estudio de la personalidad en pacientes con CU	Los pacientes con CU puntúan más alto en las dimensiones de neuroticismo e introversión.	Muestra reducida
Robertson et al (1989)	n = 36	n = 44	n = 40 pacientes diabéticos	EPI	Estudio de la personalidad en pacientes con EII	No se encuentran diferencias entre pacientes con CU y EC. Los pacientes con EII obtuvieron puntuaciones más altas en neuroticismo e introversión que el grupo control.	
Barrett et al (1996)	n = 41	n = 41		EPI	Estudio de la personalidad en pacientes con EII	Los pacientes con EC puntuaban más alto en dimensiones de introversión y psicoticismo que los pacientes con CU, y en la dimensión de neuroticismo los resultados fueron similares.	

EPI: inventario de personalidad de Eysenck.

nes emocionales y las implicaciones o consecuencias familiares, laborales y sociales. Un equipo de Toronto estudió cuáles eran las principales preocupaciones y miedos de los pacientes con EII (tabla 3)²⁷. La falta de energía, la sensación de pérdida de control de la enfermedad, los cambios en la imagen corporal, los sentimientos de soledad y el miedo al cáncer, el sentimiento de ser una carga, las limitaciones reales o subjetivas en general, el temor a no ser aceptados por la pérdida de control de las deposiciones y la falta de abordaje de los aspectos emocionales en las visitas médicas fueron las preocupaciones básicas y específicas de estos pacientes. Un buen abordaje integral por parte del gastroenterólogo supondría tenerlas en cuenta en la visita médica habitual.

Diagnóstico: distinción entre reacción emocional y trastorno psiquiátrico

La mayoría de los estudios determinan que el trastorno depresivo y el trastorno por ansiedad generalizada son las alteraciones psiquiátricas más frecuentes asociadas a la EII^{2,28}. La probabilidad de que los pacientes con EII presenten un trastorno psiquiátrico es similar a la de cualquier paciente afectado por otra enfermedad crónica, de aproximadamente un 25%, aunque algunos estudios son discordantes^{2,24}. No obstante, en muchas ocasiones es difícil tanto para el gastroenterólogo como para el propio especialista en salud mental establecer el límite entre reacción emocional normal y patológica, y por ello se requiere un conocimiento básico de aspectos psiquiátricos. Los trastornos depresivos son un problema frecuente. Cualquier persona a la que se le diagnostica una enfermedad crónica inicialmente presenta una reacción emocional que suele ser de tristeza o pérdida. Paralelamente, la persistencia de una enfermedad crónica, así como diversas circunstancias (personales, sociales o de la propia enfermedad) son estresores que provocan una reacción emocional ansioso-depresiva. En cualquiera de estas circunstancias, de estrés agudo o crónico, inicialmente se ponen en marcha mecanismos psicológicos para adaptarse a la

nueva situación. Pero en ocasiones, dependiendo de la intensidad del estresor, de su duración y de la vulnerabilidad personal, los mecanismos de adaptación pueden ser insuficientes y provocar que la respuesta emocional negativa se haga persistente e interfiera significativamente la vida social, laboral y lúdica.

El diagnóstico diferencial entre una reacción de tristeza normal, que puede ir acompañada de lloros y de manifestación de preocupaciones, y un trastorno depresivo (que puede ser catalogado o diferenciado por el especialista de salud mental como "trastorno de la adaptación, trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar fase depresiva")²⁸ se basa en el número de síntomas y su intensidad, duración y repercusiones sociolaborales.

Para definir si un cuadro depresivo requiere tratamiento se debe evaluar si *a)* el estado de ánimo depresivo permanece durante la mayor parte del día y casi cada día, *b)* si se produce una disminución del interés o la capacidad de obtener placer, *c)* si hay sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, *d)* si ha disminuido la capacidad para pensar o concentrarse, *e)* si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio y *f)* si presenta un grado elevado de ansiedad. Otros síntomas característicos de los cuadros depresivos, tales como *g)* la fatiga o pérdida de energía, *h)* el insomnio e *i)* la pérdida de apetito, son menos específicos cuando se trata de una enfermedad orgánica, porque pueden ser consecuencia de ésta o de los tratamientos médicos más que del estado depresivo. Aunque en ocasiones el límite entre lo considerado malestar esperable o mayor de lo esperable es difícil de definir, "ante la duda es preferible realizar tratamiento psicológico y/o farmacológico del cuadro depresivo".

Los trastornos de ansiedad son también frecuentes en estos pacientes. La ansiedad y miedos asociados a la enfermedad pueden aparecer en pacientes que precisan múltiples exploraciones e intervenciones terapéuticas que producen temor e incertidumbre. Estos miedos suelen estar presentes inicialmente en todas las personas que precisan ostomía y desaparecen progre-

Tabla 3. Principales preocupaciones de los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales

Falta de energía	El proceso inflamatorio, medicación y anemia provoca astenia que afecta al estilo de vida de la persona y a sus relaciones sociales. Se reducen las actividades de ocio y se pueden cancelar citas en último momento
Temor a la pérdida de control	El curso recurrente de la EII hace impredecible las exacerbaciones. Síntomas como la diarrea hacen que el acceso a un retrete sea, a veces, de máxima prioridad o trayectos largos en coche un inconveniente
Cambios de la imagen corporal	Las intervenciones quirúrgicas, en especial la ileostomía, y la medicación, que puede hinchar, provocan cambios en la imagen corporal. Las mujeres y los jóvenes son los más afectados
Sentimientos de soledad y miedo	La impredecibilidad de la EII, limitaciones, períodos largos de medicación e ingresos pueden hacer sentir a la persona muy sola. El miedo al cáncer de colon es una preocupación realista que debe tratarse con el paciente si éste la comunica
Desesperanza por no llegar a desarrollar o concluir objetivos previstos	Los síntomas y posibles complicaciones de la EII hacen que algunos enfermos limiten sus objetivos, como empezar una carrera o comprometerse en un trabajo por miedo a no poder cumplir con lo que se espera de ellos. A veces estas preocupaciones son reales y el enfermo no puede desarrollar su actividad sin dificultades
Miedo a sentirse sucio	Los síntomas de la EII pueden ser embarazosos y socialmente mal aceptados. Además, algunos pacientes pierden el control del reflejo defecatorio y sus miedos se hacen realidad
Sentimiento de incomprensión del impacto emocional	Muchos pacientes consideran que las repercusiones emocionales de la EII no se tratan en las visitas. Esto puede repercutir en la adaptación de la EII y en la adherencia del tratamiento

sivamente cuando el paciente se adapta a la nueva situación. En algunos casos, estos miedos son muy intensos, se prolongan e interfieren de forma notable en las actividades diarias (p. ej., el miedo a que la bolsa huela, haga ruido o se abra, como una fobia simple, lo cual puede condicionar ansiedad a encontrarse en lugares o situaciones en los que escapar pueda resultar difícil o agorafobia). En otros casos, aunque no existan conductas de evitación, se mantiene un estado elevado de ansiedad persistente durante todo el día ("trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno de ansiedad generalizada")²⁸. La aparición brusca de crisis de angustia inesperadas recidivantes no son infrecuentes en estos pacientes ("trastorno de pánico"). En todos estos casos será beneficioso un tratamiento psicológico y psicofarmacológico para favorecer la adaptación y superar los temores.

Tratamiento: manejo del estado emocional y tratamiento psicofarmacológico

Manejo del estado emocional

Las preocupaciones o reacciones emocionales normales, que son frecuentes en cualquier paciente que se enfrenta al diagnóstico o complicaciones de una enfermedad, se deben tratar en la visita habitual y el médico debe preguntar sobre ellas abiertamente y de manera honesta²⁹. Una pregunta abierta sobre cómo se siente el paciente o una respuesta empática, aunque no ofrece un remedio instantáneo al estado de ansiedad o de tristeza, establece en la relación médico-paciente que el estado emocional es una cuestión digna de discusión, y sitúa al médico como persona que escucha y que está próxima. Una respuesta empática ante la emoción puede ser, p. ej., las palabras "me imagino cómo se siente ante la incertidumbre, ya que debe ser muy duro estar constantemente preocupado por la posible reaparición de los síntomas". El médico no se debe asustar ante la "ventilación" emocional del paciente, sino que debe intentar que éste pueda expresar sus sentimientos más profundos. En ocasiones, el médico no tiene la respuesta, porque no la hay, y únicamente lo que espera el paciente es oír que el médico hará todo lo que es posible y que no le abandonará³⁰.

El tratamiento psicofarmacológico

En los casos en los que aparecen síntomas de ansiedad o depresivos mantenidos es de gran utilidad que el gastroenterólogo realice un primer abordaje psicofarmacológico mediante el tratamiento básico con dos grupos de fármacos: los antidepresivos y los ansiolíticos.

Antidepresivos. Un primer abordaje en casos de depresión leve-moderada, depresiones reactivas o trastornos de la adaptación, serán los fármacos antidepresivos de última generación (tabla 4). La elección de éstos se basa en la fácil posología, la escasa incidencia de efectos secundarios y la mejor tolerancia que los antidepresivos más antiguos (tricíclicos, tetracíclicos o IMAO)³¹.

Protocolo antidepresivo. Un protocolo aconsejado es iniciar el tratamiento con un fármaco inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). En pacientes inapetentes o con notable pérdida ponderal, o muy ansiosos también se puede iniciar el tratamiento con fármacos tipo mirtazapina, aprovechando sus efectos secundarios de incremento del apetito y sedación. Si existe intolerancia con las primeras dosis, debe

sustituirse por otro de la misma familia. Si no hay respuesta o la respuesta es escasa a este primer planteamiento terapéutico, se aconseja sustituir el tratamiento por el inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y noradrenalina, tipo venlafaxina, incrementar progresivamente la dosis hasta 300-375 mg, y esperar 6 semanas. Si no existe respuesta, es aconsejable derivar al paciente a un centro de salud mental.

Dosis y tratamiento de continuación. Un importante número de fracasos en el tratamiento (30-80%) se explica por la utilización de dosis insuficientes o períodos de tratamiento inferiores a las 4-6 semanas, que es el tiempo que se precisa para valorar la respuesta del fármaco. Se aconseja mantener el tratamiento al menos medio año tras la remisión del cuadro, pero si el estresor persiste o se trata de depresiones recurrentes, se deberá plantear el tratamiento a medio o largo plazo.

Situaciones especiales. Ancianos: Aunque la tolerancia suele ser adecuada, se aconseja iniciar el tratamiento con dosis mínimas y vigilar posibles efectos adversos. Con la utilización de fluvoxamina, citalopram y escitalopram no se han descrito alteraciones en la farmacocinética, por lo que se puede utilizar sin precauciones especiales. Niños: Existen evidencias de que todos los ISRS pueden ser eficaces en el tratamiento de los trastornos depresivos en niños, con una tolerancia similar a la de los adultos. Se han aprobado para niños la fluoxetina, fluvoxamina y sertralina.

Insuficiencia hepática y renal. Se aconseja iniciar el tratamiento con dosis mínimas y vigilar la tolerancia.

Interacciones en pacientes polimedicados. Algunos de estos antidepresivos se comportan como potentes inhibidores de la isoenzima CYP2D6 (fluoxetina, paroxetina, mirtazapina), CYP1A2 y CYP3A4 (fluvoxamina, mirtazapina), por lo que pueden retrasar la eliminación de fármacos que se metabolizan a través de esta isoenzima. Por ello, en pacientes polimedicados son más aconsejables los que son inhibidores débiles de la CYP2D6 (sertralina, citalopram, escitalopram y venlafaxina), incrementar progresivamente la dosis y reducir la dosis total final. Igualmente es importante tener en cuenta la influencia de un posible tratamiento corticoideo o de la medicación pautaada en los cambios emocionales. Si el cuadro no es de gravedad, no es conveniente la retirada del tratamiento corticoideo pero sí asociar tratamiento antidepresivo.

Ansiolíticos e hipnóticos. La ansiedad y el insomnio debe corregirse adoptando, en lo posible, un correcto estilo de vida que incluya ejercicio físico moderado pero mantenido, evitación de estimulantes tipo xantinas (café, cola, té), y una correcta higiene del sueño.

Tipos de tratamiento. Las benzodiacepinas han sido y siguen siendo el principal soporte farmacológico. En casos de ansiedad diurna se aconsejan las de vida media larga (alprazolam, bromazepam, cloracepato, diazepam, lorazepam, oxacepam), y para el insomnio las de vida media corta o intermedia (flunitrazepam, flurazepam, lormetazepam, nitrazepam, midazolam). Otros hipnóticos no benzodiacepínicos pueden ser el clometiazol 2-4 cápsulas, zolpidem 10 mg o zopiclona 7,5 mg. El grado de eficacia terapéutica es dependiente de la dosis, y no se establecen diferencias entre ellos al comparar dosis equipotentes. La posibilidad de abuso-dependencia es previsible si se valoran, antes del tratamiento, las características potencialmente adictivas del paciente (abuso de alcohol o tóxi-

cos). Pueden surgir problemas de abstinencia con benzodiazepinas de acción corta, por lo que en general las benzodiazepinas de acción larga son más aconsejables.

Pauta de tratamiento. La pauta puede ser bien *ad libitum* en situaciones puntuales de ansiedad o la noche en que sea necesaria, o bien diaria, en función de la intensidad del cuadro.

Situaciones especiales. Los pacientes con edad avanzada son especialmente sensibles a las alteraciones cognoscitivas y de coordinación motriz provocadas por estos fármacos, por lo que se recomienda utilizarlas con precaución y a dosis bajas. En estos pacientes, así como en aquellos con patología médica, el lorazepam, oxazepam, lormetazepam, temazepam y nitrazepam presentan ventajas porque no tienen metabolitos activos.

Criterios de derivación a la unidad de salud mental

Se considera la derivación al equipo de salud mental en las siguientes situaciones clínicas: *a)* pacientes con grave riesgo de suicidio, *b)* en depresiones o trastornos de ansiedad resistentes al tratamiento psicofarmacológico pautado por el gastro-

enterólogo o el médico de cabecera, *c)* depresiones cuyas características (síntomas psicóticos, agitación o inhibición marcada, alteraciones conductuales graves) obliguen a considerar tratamientos más agresivos, *d)* pacientes polimedicados o bajo tratamientos médicos que hayan desencadenado una clínica psiquiátrica relevante, o *e)* pacientes con un estadio elevado de gravedad física que dificulte el tratamiento.

Abordaje por parte del equipo especialista en salud mental

Objetivos y técnicas específicas de la terapia cognitivo-conductual

El tratamiento psicológico más justificado en la actualidad es el abordaje cognitivo-conductual³². Los objetivos de la intervención se centran en la modificación del estado emocional y del repertorio conductual que está manteniendo o incrementando el malestar, para ayudar al enfermo a asumir un papel más activo en las tareas de afrontamiento, mejorar el estado emocional y el manejo de los síntomas (el dolor o la fatiga) y de las situaciones

Tabla 4. Antidepresivos de última generación aconsejados para inicio de tratamiento por el especialista de gastroenterología: tipo, dosificación e indicaciones

Principio activo	Nombre comercial*	Presentación	Composición (mg)	Indicaciones aprobadas	Posología
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)					
Fluoxetina	Prozac® Reneuron® Adofen®	Cápsulas Compr. disper. Solución	20 20 20/5 ml	Depresión Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), bulimia	I: 20 mg/día matutina M: 20-40 mg/día
Fluvoxamina	Dumirox®	Compr. recubiertos	50 y 100	Depresión TOC	I: 100 mg día M: 100-200 mg/día
Paroxetina	Frosinor® Seroxat® Motivan® Casbol®	Compr.	20	Depresión, trastorno de pánico, de ansiedad generalizada TOC, fobia social	I: 20 mg/día M: 20-40 mg/día
Sertralina	Aremis® Besitram®	Compr. Líquido	50-100 20/ml	Depresión, trastorno de pánico TOC en adultos y niños, trastorno por estrés postraumático	I: 50 mg/día M: 100-200 mg/día
Citalopram	Seropram® Prisdal®	Compr. Gotas	20 y 30 40/ml	Depresión Trastorno de pánico	I: 20 mg/día M: 20-40 mg/día
Escitalopram	Ciprallex® Esertia®	Compr.	10, 20 y 30	Depresión Trastorno de angustia Trastorno de ansiedad social	I: 10 mg/día M: 10-40 mg/día
Facilitadores de la liberación de serotonina y noradrenalina					
Mirtazapina	Rexer® Vastat®	Compr. Compr. dispersables	15-45	Depresión	I: 15 mg/día M: 30-45 mg/día
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina					
Venlafaxina	Dobupal® Vandral® (Retard)®	Compr. Cápsulas	37,5 50 y 75 75 y 150	Depresión	I: 37,5 mg/día, 75 mg retard/día M: 150-300 mg/día
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina					
Reboxetina	Irenor® Norebox®	Compr.	4 mg	Depresión	I: 4 mg/día cada 12 horas M: 8 mg/día

I: inicio; M: mantenimiento.

problemáticas; en definitiva, mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares. Las principales técnicas de la terapia cognitivo-conductual se resumen en la tabla 5. Esta terapia puede abordarse en formato de grupo o individual, y está limitada en el tiempo, con una duración aproximada de 10-15 sesiones.

Investigaciones efectuadas sobre tratamientos psicológicos en la EII

Existen dos tipos de estudios sobre tratamientos psicológicos en la EII, en función del objetivo del tratamiento. Por un lado, hay estudios en los que se intenta evaluar si la terapia psicológica puede modificar los síntomas de la enfermedad, aceptando *a priori* que los factores psicológicos influyen en la enfermedad. Por otro lado, otros trabajos tienen como objetivo comprobar si una determinada intervención psicológica disminuye el estrés asociado a la enfermedad médica crónica, y si esto resulta en una mejora de la calidad de vida del paciente.

Terapia psicológica como modificadora de síntomas de la enfermedad. Un estudio realizado por Karush et al³³ sugiere que un grupo de pacientes con colitis ulcerosa que recibía psicoterapia de apoyo presentaba exacerbaciones más leves y eran menos frecuentes cuando se comparaba con un grupo control. Grace et al³⁴ compararon en pacientes afectados de colitis ulcerosa un grupo que recibía estrategias para reducir el estrés

diario con un grupo control. Después de 2 años, el 65% del grupo tratado había mejorado, en comparación con el 32% del grupo control (había pasado menos días en el hospital, había tenido menos recurrencias y menor requerimiento de cirugía). La crítica a ambos estudios es que son investigaciones semicontroladas y no aleatorizadas. Milne et al³⁵ compararon un grupo de 40 pacientes con enfermedad de Crohn que recibieron 6 sesiones de tratamiento del estrés con un grupo control, y se les hizo un seguimiento de 1 año. El grupo experimental obtuvo una disminución significativa en el índice de actividad de la enfermedad (CDAI) en comparación con el grupo control. La crítica fundamental de este estudio es que el grupo experimental tenía puntuaciones en el CDAI significativamente más altas que el grupo control en el pretratamiento. En contraste, en el estudio de Schwartz et al³⁶, que compara un grupo experimental de 11 pacientes que reciben un tratamiento cognitivo-conductual individual y un grupo control de 10 pacientes, no encuentra diferencias entre ambos grupos en la reducción de síntomas de la EII.

Terapia psicológica para aumentar la calidad de vida de los pacientes. El equipo canadiense de Joachim³⁷ comprobó que el aprendizaje de la respiración abdominal mejoraba la capacidad de relajarse y de dormir en un grupo de 14 pacientes con EII. La principal limitación de este estudio es que no incluye un grupo control. Freyber et al³⁸ demostraron que 6 sesiones de psicoterapia en pacientes hospitalizados disminuían el grado de ansiedad y depresión en comparación con un grupo control similar que recibía únicamente tratamiento médico. El grupo alemán de Mussell et al³⁹ encontró que la terapia grupal de 12 sesiones basada en los principios cognitivo-conductuales disminuían las preocupaciones relacionadas con la enfermedad y el estilo depresivo de los pacientes, aunque esto último únicamente se daba en las mujeres.

En resumen, los resultados son controvertidos en el primer tipo de estudios, y hay un mayor consenso en el segundo tipo de estudios, donde todas las investigaciones concluyen que la terapia psicológica mejora la psicopatología ansioso-depresiva y la calidad de vida de los enfermos.

Tabla 5. Técnicas del abordaje cognitivo-conductual y sus objetivos

Psicoeducación acerca de la enfermedad y sus repercusiones

Técnicas de relajación y respiración diafragmática

Reducción de la ansiedad y la tensión muscular
Modulación y control del grado de fatiga y dolor

Técnica de modificación de pensamientos negativos

Identificación de los pensamientos negativos asociados a la enfermedad y su impacto y consideración de interpretaciones alternativas más adaptativas y realistas

Técnicas para cambiar el foco de atención

Reducción de ansiedad mediante el aplazamiento de preocupaciones y focalización a otros estímulos

Técnicas para el tratamiento de temores

Evaluación de evitaciones y exposición graduada según el grado de temor a estas situaciones (debido a una colostomía, descomposiciones) con el fin de conseguir la habituación y que haya una mínima interferencia en las actividades de la vida diaria

Técnicas de resolución de problemas

Abordaje de problemas reales que se pueden resolver mediante soluciones prácticas y ayuda a tomar decisiones

Psicoeducación a los familiares

Orientación a familiares con el objetivo de evitar actitudes protectoras, flexibilizar al máximo la forma de funcionar dentro de la familia (redistribución de roles) y abrir la comunicación en la relación de pareja sobre dificultades en el ámbito sexual

Otras técnicas específicas: psicoterapia específica dirigida a crisis de ansiedad, agorafobia, pautas de higiene del sueño

Conclusiones

En la actualidad hay un elevado interés en investigar la posible implicación de los factores psicológicos en las enfermedades médicas, por lo que está aumentando el número de estudios bien diseñados y que utilizan instrumentos de evaluación estandarizados. Hasta el momento persisten muchas áreas de duda para determinar la interacción entre factores psicológicos y la EII, pero es de esperar que la investigación futura esclarezca en breve las cuestiones que aún quedan por resolver sobre esta interacción. Por otra parte, además de la actualización continua de conocimientos y utilización eficiente de los recursos diagnósticos y terapéuticos, es preciso que el especialista en gastroenterología realice un abordaje integral que incluya una valoración completa del paciente tanto desde una perspectiva física como psíquica.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. Helzer J, Stilling W, Chayas S, Norland C, Alpers D. A controlled study of the association between ulcerative colitis and psychiatric diagnoses. *Dig Dis Sci*. 1982;27:513-8.
2. Vidal A, Gómez E, Peri JM. Aspectos psicológicos y psiquiátricos en las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 2003;30:97-104.
3. Paar GH, Bezzenger U, Lorenz-Meyer H. The correlation of psychosocial stress and disease activity in patients with Crohn disease and ulcerative colitis. *Zeitschrift für Gastroenterologie*. 1988;26:648-57.
4. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A, et al. Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2001;96:1470-9.
5. Robertson DAF, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*. 1989;30:623-6.
6. Gómez E, Vidal A, Panés J, Jaén J, Fernández E, Piqué JM. Asociación entre acontecimientos vitales estresantes de la vida e inicio o actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal según la percepción subjetiva del paciente. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:411-6.
7. Garrett V, Brantley P, Jones G, McKnight T. The relation between daily stress and Crohn's disease. *J Behav Med*. 1991;14:87-95.
8. Green BR, Blanchard EB, Wan CK. Long term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther*. 1994;32:217-26.
9. Von Wietersheim J, Overbeck A, Kiel K, Hohler T, Jantschek G, Feiereis H. The significance of recurrence-inducing events for patients with chronic inflammatory bowel diseases. Results of a prospective longitudinal study over three years. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 1994;44:58-64.
10. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:1213-21.
11. Mittermaier C, Clemens D, Waldhoer T, et al. Impact of depressive mood in relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine*. 2004;66:79-84.
12. Riley SA, Mani V, Goodman MJ, Lucas S. Why do patients with ulcerative colitis relapse? *Gut*. 1990;31:179-83.
13. North CS, Alpers D, Helzer J, Spitznagel E, Clouse R. Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? *Ann Intern Med*. 1991;114:381.
14. Li J, Norquard B, Hansen D, et al. Psychological stress and inflammatory bowel disease: a follow-up study in parents who lost a child in Denmark. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:1129-33.
15. Duffy LC, Zielesny MA, Marshall JR, et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behav Med*. 1991;17:101-10.
16. Bitton A, Sewitch M, Peppercorn M, Edwards M, Shah S, et al. Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:2203-8.
17. Mardini He, Kip KE, Wilson JW. Crohn's disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. *Dig Dis Sci*. 2004;49:492-7.
18. Eysenck HJ. Eysenck Personality Inventory (EPI). London: Hodder and Stoughton Educational; 1975.
19. Gazzard BG, Price HL, Libby GW, Dawson AM. The social toll of Crohn's disease. *Br Med J*. 1978;2:1117-9.
20. Gathmann P, Linzmayer L, Grunberger J. Contribution to the objective evaluation of the personality features of the colitis patient. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 1981;131:421-5.
21. Barrett SM, Standen PJ, Lee AS, Hawkey CJ, Logan RF. Personality, smoking and inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1996;8:651-5.
22. Vidal A, Gómez E, Panés J. Personalidad y psicopatología en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao, 25-28 octubre 2004.
23. Maunder RG, de Rooy EC, Toner BB, Greenberg GR, Steinhart HA, McLeod RS, et al. Health-related concerns of people who receive psychological support for inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol*. 1997;11:681-7.
24. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:1994-9.

25. Drossman DA, Leserman J, Mitchell M, et al. Health status and health care use in persons with inflammatory bowel disease. A national sample. *Dig Dis Sci*. 1991;36:1746-55.
26. Andrews H, Barczak P, Allan R. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*. 1987;28:1600-4.
27. Casati J, Toner B, de Rooy E, Drossman D, Maunder R. Concerns of patients with inflammatory bowel disease. A review of emerging themes. *Dig Dis and Scien*. 2000;45:26-31.
28. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona: Masson S.A.; 1995.
29. Casati J, Toner B. Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Biomed Pharmacother*. 2000;54:388-93.
30. Buckaman R. Com donar les males notícies: una guia per a professionals de la salut. Vic: Eumo Editorial; 1998.
31. Aranza JR. Guia práctica de farmacología del sistema nervioso central. Madrid: Ediciones s/n; 2002.
32. Schwarz S, Blanchard E. Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther*. 1991;29:167-77.
33. Karush A, Daniels GE, Flood C, O'Connor JF. Psychotherapy in chronic ulcerative colitis. Philadelphia: Saunders; 1977.
34. Grace WJ, Pinsky R, Wolf HG. The treatment of ulcerative colitis. *Gastroenterol*. 1954;26:464-8.
35. Milne B, Joachim G, Niedhardt J. A stress management programme for inflammatory bowel disease patients. *J Advanc Nurs*. 1986;11:561-7.
36. Schwarz S, Blanchard E. Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther*. 1991;29:167-77.
37. Joachim G. The effects of two stress management techniques on feeling of well-being in patients with inflammatory bowel disease. *Nurs pap*. 1983;15:5-18.
38. Freyber H, Kunsebeck HW, Lempa W, Avenarius HJ. Psychotherapeutic in alexithimic patients with special regard to ulcerative colitis and Crohn's disease. *Psychother Psychosom*. 1985;44:72-81.
39. Musell M, Böcker N, Olbich R, Singer MV. Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioral treatment: exploratory study of effectiveness. *Scandinav J Gastroenterol*. 2003;7:755-62.

Bibliografía recomendada

Vidal A, Gómez E, Peri JM. Aspectos psicológicos y psiquiátricos en las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista de Psiquiatría de la facultad de Medicina de Barcelona*. 2003;30:97-104.

En este artículo de revisión se realiza una amplia actualización bibliográfica sobre las evidencias de la influencia de los acontecimientos vitales estresantes iniciales y exacerbaciones de la enfermedad, la personalidad premórbida y la prevalencia de trastornos psiquiátricos y psicopatología.

Buckaman R. Com donar les males notícies: una guia per a professionals de la salut. Vic: Eumo Editorial; 1998.

Dar las malas noticias a un paciente o a un familiar es una parte importante del trabajo de un profesional de la salud, que requiere pericia y experiencia. El autor de este libro es profesor de la Universidad de Toronto y tiene gran experiencia en oncología médica y medicina familiar. El libro presenta unas pautas prácticas para aprender las habilidades de dar malas noticias, que serán útiles en muy diversas situaciones, especialmente cuando se tiene la responsabilidad de dar información que siempre es difícil de aceptar.

McKay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud de Martínez Roca; 1998.

Manual que explica las principales técnicas cognitivas para reducir la ansiedad en un formato sencillo de entender, didáctico, recomendado a terapeutas pero también a personal de enfermería o a médicos para aplicar las estrategias que explican a sus pacientes.

