



PSICOLOGÍA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Depresión y ansiedad en la enfermedad inflamatoria intestinal

Gabriele Moser

Clinic of Internal Medicine III, Department of Gastroenterology and Hepatology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

PALABRAS CLAVE

Enfermedad inflamatoria intestinal;
Enfermedad de Crohn;
Colitis ulcerosa;
Psicología;
Depresión;
Ansiedad

Resumen

El modelo biopsicosocial supone una ventaja sobre el modelo biomédico, ya que el primero incorpora las complejas interacciones biológicas y psicosociales que explican la enfermedad humana o sus efectos. Prestar atención a los factores psicosociales asociados con la enfermedad inflamatoria intestinal tiene efecto en el bienestar psicosocial y la calidad de vida. Los trastornos psicológicos parecen ser consecuencia de la enfermedad. El grado de malestar y perturbación psicológica está correlacionado con la gravedad de la enfermedad, predice la calidad de vida relacionada con la salud e influye en el curso de la enfermedad. Particularmente, los médicos deberían evaluar la ansiedad y la depresión entre sus pacientes con enfermedad activa o dolor abdominal en remisión. Este artículo examina estudios dedicados a evaluar la repercusión de la depresión y la ansiedad en la enfermedad inflamatoria intestinal, y destaca la importancia de integrar la atención psicosomática en la práctica clínica.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Inflammatory bowel disease;
Crohn's disease;
Ulcerative colitis;
Psychology;
Depression;
Anxiety

Depression and anxiety in inflammatory bowel disease

Abstract

The biopsychosocial model represents an advantage over the biomedical model, since it embodies the complex biological and psychosocial interactions that explain human illness or its effects. Attention to the psychosocial factors associated with inflammatory bowel disease have consequences on psychosocial well-being and quality of life. Psychological disturbances seem to be a consequence of the illness. The degree of psychological distress and disturbances correlates with the disease severity, predicts health-related quality of life and influences the course of disease. Clinicians should particularly assess anxiety and depression among their patients with active disease and / or abdominal pain in remission. This article reviews studies about the impact of depression and anxiety in inflammatory bowel diseases, and will show the importance to integrate psychosomatic care into clinical practice.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Repercusión psicosocial de la enfermedad inflamatoria intestinal: ¿riesgo de depresión y ansiedad?

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), son trastornos crónicos que afectan a individuos jóvenes y presentan un curso impredecible. Hasta el momento, no se ha encontrado cura, y los síntomas son a menudo socialmente difíciles. Tener EII conlleva preocupaciones e inquietudes relacionadas con la enfermedad¹, requiere un ajuste a la enfermedad, y afrontar los temores de inaceptabilidad social y el deterioro del funcionamiento en el trabajo y el hogar. Los pacientes con EII tienen que convivir con un impedimento "invisible", cuyos síntomas son tabú². Algunos pacientes temen la incontinencia fecal, la flatulencia, el dolor abdominal y los trastornos de la vida sexual. El apoyo social y el modo en que el paciente ha aprendido a sobrellevar la carga y los conflictos influyen en su capacidad para afrontar la enfermedad. Cuanto más joven es el paciente más difícil resulta adaptarse a la enfermedad. Los niños y adolescentes con EII comprenden una población con elevado riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico³.

Depresión en la enfermedad inflamatoria intestinal

En 1982, Helzer et al⁴ mostraron que no había pruebas empíricas que respaldasen una asociación entre la CU y los trastornos psiquiátricos mayor que la observada en los pacientes crónicamente enfermos que formaban el grupo control. Un 26% de los pacientes con CU presentaba diagnóstico psiquiátrico, comparado con el 30% en los pacientes control. Dos años después, describieron mayores trastornos psicológicos en los pacientes con EC que en aquellos con CU⁵. Addolorato et al⁶ observaron que más del 60% de los pacientes con EII activa presentaba depresión. En 1990, North et al⁷ examinaron toda la bibliografía conocida, en inglés, acerca de la asociación entre los factores psiquiátricos y la CU para evaluar las pruebas empíricas acerca de tal asociación, y evaluar los métodos utilizados en estos estudios. El análisis reveló que las deficiencias metodológicas estaban significativamente relacionadas con el hallazgo de una asociación positiva entre los factores psicológicos y la CU. Es decir, se obtuvieron más trastornos psicológicos en los estudios sin grupo control que en los que presentaban un grupo control. En 1996, Porcelli et al⁸ describieron, en su estudio prospectivo, que los cambios en la actividad de la enfermedad y la EII a lo largo del tiempo afectan de forma significativa el malestar psicológico, y están estrechamente relacionados con el aumento y la disminución de la ansiedad y la depresión. Kurina et al⁹ han observado que los pacientes con EII presentan un elevado riesgo de contraer depresión durante el primer año tras recibir el diagnóstico de EII. Tanto la depresión como la ansiedad precedían a la CU de forma significativa con más frecuencia de lo esperado a partir de la experiencia de la población de control. La depresión y la ansiedad eran significativamente más comunes tras un diagnóstico de EC. Los pacientes con EC en particular parecen presentar una frecuencia algo mayor (hasta del 50%) de

trastornos psicológicos que otros pacientes con enfermedades crónicas. Un estudio de Nordin et al¹⁰ con 492 pacientes con EII, mostró que los 161 pacientes con EC notificaron tener más ansiedad y depresión que los 331 con CU. La mayor parte del aumento de la morbilidad psiquiátrica en EII se debe a una incidencia mayor de la depresión entre los pacientes con EC. Sin embargo, en el estudio de Guthrie et al¹¹, que estudió a 116 pacientes consecutivos atendidos en una consulta de gastroenterología con un interés especial en EII, no se observaron diferencias significativas entre la EC y la CU en cuanto a las puntuaciones de depresión, una vez tenida en cuenta la gravedad de la enfermedad. El grado de trastorno psicológico parece estar correlacionado con la gravedad de la enfermedad¹². Por otra parte, Lix et al¹³ mostraron recientemente que los efectos de la actividad de la enfermedad en el funcionamiento psicológico eran moderados, lo que sugiere que la enfermedad tiene una repercusión aún cuando los pacientes no presenten una activación de los síntomas.

En 2007, Mickoka-Walus et al¹⁴ examinaron la polémica respecto a la comorbilidad de la depresión y de la ansiedad en los pacientes con EII. Hallaron 17 estudios de elevada calidad que examinaban la comorbilidad de los trastornos psicológicos y la EII. En dichos estudios había unanimidad respecto a que los trastornos psicológicos son comunes en los pacientes con EII, pero no había acuerdo sobre si éstos concurren en la EII más a menudo de lo esperado por accidente (comparado con otras enfermedades crónicas). También investigaron la función de los antidepresivos en la terapia de la EII¹⁵. Entrevistaron a 17 gastroenterólogos y encontraron que un 78% prescribía antidepresivos. Según estos autores, su investigación dentro de la comunidad gastroenterológica muestra que parece haber escepticismo respecto a los propios trastornos psicológicos y a la terapia antidepresiva.

Sin embargo, es necesario tomar la depresión en serio, porque un estudio con una elevada población de EII¹⁶ ha mostrado que los pacientes con EII experimentan tasas de depresión 3 veces superiores (el 16,3 frente al 5,6%) a las de la población en general¹⁷. En este estudio, un 17% de los pacientes con depresión había considerado el suicidio en los últimos 12 meses, y un 30% adicional lo había considerado en un momento anterior. Entre los individuos que presentaban depresión en el momento del estudio, las mujeres presentaban más probabilidad que los varones de haber considerado la opción del suicidio en alguna ocasión (el 50 frente al 30%).

Ansiedad en la enfermedad inflamatoria intestinal

La naturaleza incierta de los síntomas, la "espera" del diagnóstico y los procedimientos persistentes de diagnóstico invasivo pueden inducir ansiedad. Muchos pacientes perciben la diarrea sanguinolenta o los fuertes dolores abdominales durante la aparición de la enfermedad como una amenaza. Tarter et al¹⁸ describieron una prevalencia mayor de los trastornos relacionados con el pánico en los pacientes con EC que en la población general de la comunidad donde residían, antes de que apareciese la enfermedad. Recientemente, Miehsler et al¹⁹ han revelado que la ansiedad es más

prevalente que la depresión (el 37 frente al 18%). En este estudio, los pacientes con EI expresaron una necesidad mayor de intervenciones psicológicas que los pacientes con artritis reumatoide. La ansiedad, edad joven y el deterioro del apoyo social explicaban esta diferencia. Los pacientes con EI que presentaban una puntuación de ansiedad patológica ($n = 113$) se compararon con otros pacientes con EI sin ansiedad ($n = 189$). Los pacientes con ansiedad notificaban un uso más elevado de los servicios de atención sanitaria en el año anterior, obtuvieron puntuaciones peores en todas las dimensiones de la calidad de vida y presentaron una prevalencia mayor de depresión. En otro estudio, Mikocka-Walus et al²⁰ encontraron que en los pacientes con enfermedades gastrointestinales crónicas comunes, incluidos los pacientes con EI, la ansiedad es un problema mayor que la depresión. Además, en el estudio de Mittermaier et al²¹, la ansiedad y una mala calidad de vida estaban relacionadas con recaídas más frecuentes en los 18 meses de seguimiento realizados.

¿Son la depresión y la ansiedad factores de riesgo de recaída?

También hay indicios de que los trastornos psicológicos, como la depresión y la ansiedad, pueden influir en el curso de la EI; Andrews et al²² estudiaron a 162 pacientes con EI que presentaban exacerbación o remisión de la enfermedad. La prevalencia general de enfermedad psiquiátrica era del 34%. Tras una recaída, sólo el 17% (4/23) de los pacientes con enfermedad psiquiátrica presentaba remisión, comparado con el 53% (9/17) entre aquellos sin trastornos psiquiátricos ($p < 0,025$). Sin embargo, en este trabajo no se indicaba la duración del seguimiento, y no se realizó una monitorización continua de los pacientes. Levenstein et al²³ incluyeron a 62 pacientes con CU documentada en un estudio prospectivo de cohortes mientras se encontraban en una fase de remisión clínica, y realizaron un seguimiento de hasta 45 meses; el estado de exacerbación se monitorizó durante 68 meses como máximo. No pudieron encontrar una asociación entre el estado de ánimo depresivo y la exacerbación durante el seguimiento, pero un estrés elevado a largo plazo triplicó el riesgo de exacerbación durante los 8 meses siguientes. Mittermaier et al²¹ observaron, en un estudio prospectivo, que un estado de ánimo depresivo y la ansiedad también suponían un elevado riesgo de recaídas más frecuentes durante el seguimiento de 18 meses. De igual manera, Mardini et al²⁴ han mostrado que los síntomas depresivos estaban relacionados de forma positiva con cambios futuros en el índice de actividad de la EC. Más recientemente, Vidal et al²⁵ describieron, en un estudio prospectivo con 112 pacientes que presentaban EI, que durante un seguimiento de 6 meses los trastornos depresivos (11,6%) y de ansiedad (17,9%) no eran variables predictivas independientes de la recurrencia. Sin embargo, el afrontamiento de la enfermedad parece ser un factor modulador. Recientemente, Bitton et al²⁶ mostraron que los pacientes en una situación de estrés bajo y con una baja puntuación en afrontamiento por evitación (es decir, no se implicaban en actividades de desviación o distracción social) presentaban una probabilidad menor de recaídas.

¿Qué debe hacerse en la práctica clínica?

La Conferencia Europea de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de la EC y la CU ha estimado que, en la práctica clínica, deben tenerse en cuenta las consecuencias psicosociales de los pacientes a través de las visitas regulares^{27,28}. La entrevista personal debe servir para proporcionar información individual y explicaciones acerca de la enfermedad. Los médicos deben evaluar el estado psicosocial del paciente (incluidos los síntomas de depresión y ansiedad), la calidad de vida y la demanda de atención psicológica adicional. Para evaluar la demanda de atención psicológica en las enfermedades crónicas, existe un cuestionario validado para la EI²⁹. Para evaluar la depresión y la ansiedad, se puede recomendar la Hospital Anxiety and Depression Scale^{17,30}. Consta de sólo 14 elementos que proporcionan 2 puntuaciones separadas para la ansiedad y la depresión, con un intervalo posible del 0 al 21, y en los que las puntuaciones mayores indican un grado más elevado de ansiedad y depresión, respectivamente.

Si está indicado, los médicos también deben recomendar psicoterapia. La elección del método psicoterapéutico depende del trastorno psicológico y debería realizarlo un especialista (psicoterapeuta, especialista en medicina psicosomática o psiquiatra). Para indicaciones concretas, se pueden prescribir psicofármacos. Es necesario que haya una atención psicosomática y gastroenterológica integrada, ya que la presencia de trastornos psicológicos contribuye a un número mayor de visitas médicas, independientemente de la gravedad de la condición³¹.

Conflicto de intereses

La autora ha declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Moser G, Tillinger W, Sachs G, Genser D, Maier-Dobersberger TH, Spiess K, et al. Disease related concerns—a study on outpatients with inflammatory bowel disease (IBD). *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1995;7:853-8.
2. Drossman DA, Leserman J, Li Z, Mitchell M, Zagami EA, Patrick DL. The rating form of IBD patient concerns: A new measure of health status. *Psychosomatic Medicine.* 1991;53:701-12.
3. Engström I, Lindquist BL. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: a somatic and psychiatric investigation. *Acta Paed Scand.* 1991;80:640-7.
4. Helzer JE, Stilling WA, Chammas S, Norland CC, Alpers DH. A controlled study of the association between ulcerative colitis and psychiatric diagnoses. *Dig Dis Sci.* 1982;27:513-8.
5. Helzer JE, Chammas S, Norland CC, Stilling WA, Alpers DH. A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology.* 1984;86:324-30.
6. Addolorato G, Stefanini GF, Capristo E, Caputo F, Gasbarrini A, Gasbarrini G. Anxiety and depression in adult coeliac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality trait or a reactive illness. *Hepato Gastroenterol.* 1996;43:1513-7.
7. North CS, Clouse RE, Spitznagel EL, Alpers DH. The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. *Am J Psychiatry.* 1990;147:974-81.

8. Porcelli P, Leoci C, Guerra V. A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with IBD. *Scand J Gastroenterol.* 1996;31:792-6.
9. Kurina LM, Goldacre MJ, Yeates D, Gill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Commun Health.* 2001;55:716-20.
10. Nordin K, Pahlman L, Larsson K, Sundström-Hjelm M, Lööf L. Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol.* 2002;37:450-7.
11. 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 colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1994-9.
12. Drossman DA, Leserman J, Mitchell CM, Li Z, Zagami EA, Patrick DL. Health status and health care use in persons with inflammatory bowel disease. A national sample. *Dig Dis Sci.* 1991; 36:1746-55.
13. Lix LM, Graff LA, Walker JR, Clara I, Rawsthorne P, Rogala L, et al. Longitudinal study of quality of life and psychological functioning for active, fluctuating, and inactive disease patterns in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14:1575-84.
14. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, Wilson IG, Andrews JM, Holtmann GJ. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13:225-34.
15. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, Wilson IG, Andrews JM, Holtmann GJ. "It doesn't do any harm, but patients feel better": a qualitative exploratory study on gastroenterologists' perspectives on the role of antidepressants in inflammatory bowel disease. *BMC Gastroenterol.* 2007;7:38.
16. Fuller-Thomson E, Sulman J. Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm Bowel Dis.* 2006;12:697-707.
17. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand.* 1983;67:361-70.
18. Tarter RE, Switala J, Carra J, Edwards KL, Van Tbiel DH. Inflammatory bowel disease. psychiatric status of patients before and after disease onset. *Int J Psychiatry Med.* 1987;17:173-81.
19. Miehsler W, Weichselberger M, Offerlbauer-Ernst A, Dejaco C, Reinisch W, Vogelsang H, et al. Which patients with IBD need psychological interventions? A controlled study. *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14:1273-80.
20. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Andrews JM, Moulding NT, Wilson IG, Harley HA, et al. Psychological problems in gastroenterology outpatients: a South Australian experience. Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2008;4:15.
21. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Offerlbauer A, Miehsler W, Beier M, et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease — a prospective 18 months follow up study. *Psychosomatic Medicine.* 2004;66:79-84.
22. Andrews H, Barczak P, Allan FN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut.* 1987;28:1600-4.
23. Levenstein S, Prantera C, Voarvo V, et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: A prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:1213-20.
24. 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.
25. Vidal A, Gómez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salameo M, Fiqué JM, et al. The impact of anxiety and depression on relapse in patients with inflammatory bowel disease. *Med Clin (Barc).* 2009;132:298-302.
26. Bitton A, Dobkin PL, Edwardes MD, Sewitch MJ, Meddings JB, Rawal S, et al. Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsy-sociological model. *Gut.* 2008;57:1386-92.
27. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A, et al; for the European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut.* 2006;55 Suppl 1:i36-58.
28. Biancone L, Michetti P, Travis S, Escher JC, Moser G, Forbes A, et al; for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European evidence-based consensus on the management of ulcerative colitis: special situations. *J Crohn Colitis.* 2008;2:63-92.
29. Miehsler W, Weichselberger M, Offerlbauer-Ernst A, Dejaco C, Reinisch W, Vogelsang H, et al. Assessing the demand for psychological care in chronic diseases: development and validation of a questionnaire based on the example of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2004;10:637-45.
30. Herrmann C. International experience with the hospital anxiety and depression scale—a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.* 1997;42:17-41.
31. De Boer A, Sprangers M, Bartelsman J, Haes H. Predictors of health care utilization in patients with inflammatory bowel disease: a longitudinal study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1998;10:783-9.