

PSICOPATOLOGÍA

PSICOPATOLOGÍA EN COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN

(Rev GPU 2016; 12; 1: 89-93)

Carolina Barros¹, Maritza Bocić²

La Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa representan las dos principales expresiones clínicas de las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas. La epidemiología de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales ha cambiado en el tiempo: antes consideradas infrecuentes, ahora son un importante problema gastroenterológico en los países en vías de desarrollo. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal suelen mostrar una alta morbilidad de trastornos psiquiátricos, fundamentalmente depresión y ansiedad, en comparación con la población general, lo que ha sido objeto de diversas investigaciones en estos últimos años puesto que afectan la calidad de vida y el curso de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa representan las dos principales expresiones clínicas de las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas. La epidemiología de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales ha cambiado en el tiempo: antes consideradas infrecuentes, ahora son un importante problema gastroenterológico en los países en vías de desarrollo (2). Con una incidencia en EE.UU. de 10-20/100.000 en Colitis Ulcerosa y 5-6/100.000 en Enfermedad de Crohn (1). Se ha atribuido el cambio, tanto en incidencia como en prevalencia, a factores ambientales, a mejores métodos diagnósticos y la generalización en el uso de la endoscopia, lo que habría permitido afinar en el diagnóstico de la enfermedad, y, por otro lado, al cambio

producido en algunos de los estilos de vida, entre los que caben destacar la alimentación, el sedentarismo o el estrés de las grandes ciudades (4).

La etiología de las EI es aún desconocida, pero es indudable que esta es compleja y multifactorial, relacionada con problemas genéticos, una disregulación del sistema inmune intestinal y factores ambientales (infecciones, tabaco, etc.) (1).

Las enfermedades inflamatorias intestinales, tanto la EC como la CU, son trastornos crónicos que se caracterizan por periodos de brote o actividad y periodos de remisión o ausencia de síntomas. En la actualidad el gran objetivo de los tratamientos empleados en la EC es alcanzar la remisión y su mantenimiento (1).

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal suelen mostrar una alta morbilidad de trastornos

¹ Interna séptimo año Usach, carobn2402@gmail.com

² Docente encargada internado de Psiquiatra Usach.

psiquiátricos, fundamentalmente depresión y ansiedad, en comparación con la población general, lo que ha sido objeto de diversas investigaciones en estos últimos años puesto que afectan la calidad de vida y el curso de la enfermedad.

PSICOPATOLOGÍA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

Son muchos los autores que han indicado que los pacientes afectados por una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan una elevada tasa de trastornos psiquiátricos, tales como depresión y ansiedad (2,3,4).

Se han realizado muchos estudios en relación con esta asociación. Algunas investigaciones han señalado que las alteraciones psicopatológicas varían y se agravan dependiendo del curso de la enfermedad, lo que podría estar sugiriendo que los trastornos psiquiátricos son secundarios a la enfermedad física, posiblemente debido a las repercusiones psicosociales que se producen como consecuencia de esta. Por otro lado, estudios psicoimmunológicos han demostrado que el padecimiento de la enfermedad afecta al incremento en la probabilidad de aparición de trastornos emocionales, y que estos, a su vez, afectan a la propia EII, haciendo, en muchas ocasiones, que empeore la sintomatología. Asimismo, se constata que los pacientes que se encuentran más deprimidos o ansiosos son los que más pronto y con mayor frecuencia recaen tras un periodo de remisión de síntomas. Estos autores observaron que los pacientes deprimidos tardaban una media de 97 días en experimentar una recaída, mientras que los no-deprimidos llegaban a estar 362 días en remisión (3, 4).

La investigación científica reciente ha aportado evidencia de la asociación del estrés psicosocial y de varios aspectos psicopatológicos con las Enfermedades Inflamatorias Intestinales, especialmente en lo que tiene que ver con la inducción de periodos de actividad, la exacerbación de los síntomas o dificultando el proceso del tratamiento.

Es importante considerar también que tanto la CU como la EC afectan de manera significativa el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas que las sufren, mostrando una estrecha interdependencia entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en relación con el curso, la expresión clínica, el tratamiento y las recaídas (Tanto la morbilidad psicológica como la calidad de vida suelen encontrarse alterados en los pacientes con EII).

Independientemente de los años de evolución de la enfermedad, en algunos trabajos se ha descrito que en los pacientes con enfermedad de Crohn la calidad de

vida es peor que en los con colitis ulcerosa, probablemente debido a que esta última produce menos secuelas físicas. Sin embargo otros estudios no encuentran diferencias entre ambas enfermedades (5).

Se han realizado múltiples estudios en relación con la psicopatología en las EII, estudiando su relación con estrés psicosocial, depresión, ansiedad y su abordaje terapéutico en pacientes con Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn.

ESTRÉS

En relación con el estrés psicosocial en las EII, se ha encontrado que se asocia a una mayor vulnerabilidad de las personas a enfermar y se ha visto que las EII son sucesos en sí mismos altamente estresantes. Existen estudios en los que no se halló una asociación entre los *sucesos vitales* y los síntomas de las EII, sin embargo otros estudios sí muestran evidencia sobre la influencia del estrés en la gravedad de los síntomas. En relación con este aspecto, Duffy *et al.* (1991) realizaron un estudio prospectivo con el fin de examinar la asociación entre los sucesos vitales y los síntomas en una muestra de 124 pacientes con EII, hallando un mayor riesgo de actividad de la enfermedad en las personas expuestas a sucesos vitales mayores, en comparación con las personas no expuestas (2).

Es importante mencionar también que, además de los sucesos objetivos, en las EII también influye la forma cómo se perciban tales sucesos, lo que se puede ver relacionado con actividad de la enfermedad (2).

El estrés además puede afectar el bienestar psicológico y de esta forma influir en la gravedad de los síntomas (2).

En algunos estudios se ha visto que un suceso vital estresante no es suficiente para producir vulnerabilidad frente al desarrollo de las EII, su incidencia, prevalencia y actividad de la enfermedad en relación con el número de hospitalizaciones (2).

Además de los sucesos vitales estresantes, también se ha informado sobre la implicación del estrés diario en las EII, existiendo una relación significativa entre el estrés diario y la experiencia de los síntomas en personas con EII (a mayor estrés diario, mayores incrementos en los síntomas). La influencia del estrés diario fue independiente de los sucesos vitales. Así mismo, se ha visto una relación significativa entre el estrés diario y la actividad de la enfermedad (2). Un estudio italiano observó que en pacientes con CU en remisión el estrés se asociaba a un mayor riesgo de nuevo brote (5).

Finalmente, es importante indicar que los pacientes con EII tienden a considerar el estrés como una

causa muy importante del origen o exacerbación de sus síntomas. La atribución que hace la persona sobre las causas de la enfermedad es muy importante para el tratamiento y afrontamiento de la misma, motivo por el cual es esencial que las personas con EII comprendan qué es el estrés y cómo pueden manejarlo para mejorar su calidad de vida (2).

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

La ansiedad y la depresión suelen manifestarse de manera individual e independiente en los pacientes con enfermedades crónicas. Existe una gran evidencia de que tanto los síntomas depresivos como los ansiosos tienen efecto perjudicial en el curso de numerosas enfermedades crónicas. Por ejemplo, en pacientes cardíacos los síntomas depresivos se asocian a una mayor mortalidad y en pacientes con cáncer de mama una mayor puntuación en la escala de depresión se ha asociado con una disminución de la supervivencia. Por otra parte, se ha observado que en los pacientes diabéticos con depresión el control de la glucemia es más complicado que en los pacientes diabéticos sin depresión (5). La evidencia proveniente de diversos estudios indica que los pacientes con EII tienden a tener mayores niveles de ansiedad y depresión que los individuos sanos (2).

Algunos estudios basados en el empleo de entrevistas estructuradas para la evaluación psicopatológica han descubierto en personas con EII presencia de trastornos de ansiedad (Andrews *et al.*, 1987; Tarter *et al.*, 1987), depresión (Magni *et al.*, 1991) y depresión mayor (en el caso de la EC) (Clouse y Alpers, 1986). Sin embargo, esto solo indica que hay una asociación de trastornos psicológicos con las EII, pero no implica que exista una relación causal (2). Es factible esperar que la incidencia de trastornos psicológicos en las EII, aunque no sean determinantes en la etiología, probablemente pueden influir en la producción o exacerbación de los síntomas gastrointestinales, lo que produce mayores riesgos para la salud y una peor calidad de vida. Como apoyo a este planteamiento se ha podido determinar que los trastornos psicológicos se relacionan con la actividad de la enfermedad (2).

Se ha observado que la ansiedad puede estar presente como una forma reactiva a la enfermedad y que al parecer el malestar psicológico tiene algunos cambios durante el curso de la enfermedad. En este sentido, se realizó un estudio que determinó que la ansiedad y la depresión variaron de acuerdo con los cambios presentados en la actividad de la enfermedad, siendo prominentes estos síntomas psico-

patológicos solamente durante la fase aguda de la enfermedad y muy poco en la fase de remisión (2). Los resultados del estudio de Iglesias *et al.* (2009) realizado en pacientes con EC con criterios muy claros de remisión clínica, demuestran que, a pesar de estar en remisión, estos pacientes presentan frecuentemente síntomas depresivos y ansiosos, predominando más estos últimos (5).

Mittermaier *et al.* (2004) estudiaron una cohorte de 60 pacientes con EII durante un periodo de seguimiento después de un episodio activo de la enfermedad. El análisis de regresión mostró una relación significativa entre los niveles de depresión de la línea base y el número total de recaídas. Por su parte, la ansiedad se relacionó con frecuentes recaídas durante el periodo de seguimiento. Esto indica que la ansiedad y la depresión pueden tener efectos negativos en el curso de las EII, aunque se requiere de nuevos estudios que contrasten estos resultados preliminares (2).

En diversos estudios se sugiere que los pacientes con EC tienden a ser más ansiosos que los pacientes con CU, probablemente debido a que los primeros tienen síntomas intestinales más graves, una mayor incidencia de mecanismos de afrontamiento desadaptativos (Smith *et al.*, 2002) o mayores dificultades derivadas de procesos de cirugía (2). En relación con esto, se ha observado una mayor presencia de síntomas depresivos en los pacientes que previamente habían sufrido una resección intestinal, lo que se puede asociar con características clínicas de los pacientes y el desarrollo de síntomas depresivos (5). Es así como en otras patologías ajenas a las EII, como pueden ser cirugías ginecológicas o cirugía de la epilepsia, se ha observado, al igual que en el estudio de Iglesias *et al.* (2009), una mayor presencia de síntomas depresivos en pacientes intervenidos quirúrgicamente, incluso independientemente del resultado positivo de la cirugía y del tiempo transcurrido desde la misma (5).

En el estudio de Iglesias *et al.* (2009) se observó que los pacientes con Enfermedad de Crohn con mayor gravedad de base o con visitas regulares (cada ocho semanas) al hospital, pueden estar relacionados con generar síntomas de ansiedad (5); algo similar ocurre con pacientes crónicos con constantes visitas a servicios hospitalarios.

Por último, un estudio más reciente prospectivo con 18 meses de seguimiento concluyó que tanto la depresión como la ansiedad tienen una influencia negativa en el curso de la EII, mientras que un estudio italiano observó que en pacientes con CU en remisión la aparición de síntomas depresivos no se asociaba a un mayor riesgo de nuevo brote.

PERSONALIDAD

Las variables de personalidad pueden modular e influir en las estrategias de afrontamiento, en los estados emocionales negativos, en la percepción de los sucesos estresantes y en el apoyo social. Por consiguiente, la personalidad tiene una significativa participación en el proceso de salud.

Más que trastornos de personalidad, en las EI se han estudiado fundamentalmente características específicas de personalidad. El énfasis en estas ha variado desde los años cuarenta, cuando Daniels (1944) indicó que la inmadurez, la dependencia y los rasgos obsesivos eran importantes en la precipitación y recurrencia de la CU, hasta el día de hoy, cuando el interés está centrado en aspectos como la alexitimia, el neuroticismo y la hostilidad (2).

La alexitimia se define como la incapacidad para poder controlar y reconocer sus propias emociones, por lo que existen dificultades en expresión verbal. La alexitimia ha sido asociada a las EI, lo que sugiere una posible influencia en los síntomas o en la calidad de vida. Uno de los primeros informes de investigación en este campo fue realizado por Fava y Paban (1976-1977), quienes indicaron altos niveles de alexitimia en pacientes con EI. Esto fue corroborado en un estudio controlado realizado por Porcelli *et al.* (1999) en el cual se halló que el grupo de pacientes con EI tuvo mayores niveles de alexitimia que el grupo de personas sanas. Estas diferencias se mantuvieron después de controlar la influencia de la educación, el género, la ansiedad, la depresión y los síntomas gastrointestinales. Esto sugiere que la alexitimia es un factor importante a tener en cuenta en la intervención psicosocial en pacientes con EI (2). Por otro lado, se ha observado que la alexitimia es probablemente una característica estable de personalidad en algunos pacientes con EI, en contraste con la ansiedad y la depresión que dependen de cambios en el nivel de actividad de la enfermedad (2).

Un debate que tradicionalmente ha habido en esta área es establecer si las características de personalidad están antes de que aparezcan las EI o son producidas por estas. En parte, es muy probable que sean el resultado de vivir con una enfermedad crónica durante un largo periodo. Es factible que durante la adolescencia el surgimiento de los primeros síntomas altere el desarrollo normal y sano de la personalidad, generando sentimientos de baja autoestima en los pacientes al verse diferentes de otros jóvenes. Además, en las personas que desarrollan una EI se puede originar una tendencia obsesiva de estar buscando continuamente algún

cuarto de baño cerca, dado el miedo a la incontinencia fecal (Levenstein, 2002), o también practicando la limpieza (dada la alta frecuencia de diarrea). También es posible que las características de personalidad estén antes de los primeros síntomas intestinales e influyan en el proceso de ajuste a estos y en su manifestación. Sin embargo, todo esto son hipótesis que deberán ser investigadas en el futuro mediante estudios prospectivos (2).

CONCLUSIÓN

Luego de realizar la revisión bibliográfica se puede concluir que existen múltiples trabajos que se han enfocado en estudiar la presencia de psicopatología en las enfermedades inflamatorias intestinales, su relación con el curso de la enfermedad y mecanismos de manejo de estas.

El análisis de los distintos trabajos evidencia que factores como el estrés y la personalidad en pacientes con Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn están implicados en la calidad de vida, el bienestar psicológico, actividad de la enfermedad y gravedad de los síntomas. En relación con esto, también se pudo observar que existe una mayor frecuencia de ansiedad y estrés en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, no considerándose como factores causales de la propia EI sino como factores similares al estrés y personalidad, puesto que también están relacionados con los puntos antes descritos y con cómo afectan los síntomas, la conciencia de la enfermedad y su tratamiento en la vida del paciente.

Por último, actualmente el tratamiento de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales está basado en alcanzar la remisión y su mantenimiento, por lo que es indispensable que, considerando los diferentes estudios citados, se considere dentro del esquema terapéutico el manejo psicológico puesto que este puede ayudar a mejorar los resultados en el tratamiento de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Quera R, Palma R. (2008) Enfermedades Inflamatorias Intestinales: Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn. Parte 1: Epidemiología, cuadro clínico y diagnóstico. Revista Médica Clínica Las Condes. 19 (4) 331-341. Recuperado: 13 Junio 2015, desde: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_19_4/04ENFINFLAMAT1.pdf.
2. Tobón S *et al.* (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. Avances Psicología Latinoamericana. 25 (2) 83-97. Recuperado: 14 Junio 2015, desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n2/v25n2a6.pdf>.

3. Díaz-Sibaja M *et al.* (2007). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 99 (10) 593-598. Recuperado: 12 Junio 2015, desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v99n10/original5.pdf>.
4. Díaz- Sibaja M *et al.* (2013). Tratamiento psicológico en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. Recuperado: 12 Junio 2015, desde: http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/tratamiento-psicologico-en-grupo-de-las-enfermedades-inflamatorias-intestinales/.
5. Iglesias M *et al.* (2009). Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes en remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 101 (4) 249-257. Recuperado: 14 Junio 2015, desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n4/original2.pdf>