

Factores psicosociales asociados con la calidad de vida en las enfermedades inflamatorias del intestino

Autor Mariela González¹

Afiliaciones ¹Magister en Psicología. Universidad Simón Bolívar Caracas-Venezuela. Candidata a Doctor en Psicología en Pontificia Universidad Católica de Chile.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2016;70:(1):28-40. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X.

Autor correspondiente: Mariela González. Correspondencia a Pontificia Universidad Católica de Chile. Av. Vicuña Mackenna #4860. Escuela de Psicología. Secretaria de Doctorado en Psicología. Macul-Región Metropolitana. Santiago de Chile.

Correo-e: mgonzalez4@uc.cl

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años ha existido el interés en saber cómo las enfermedades inflamatorias del intestino (EII), influyen en la calidad de vida de quienes la padecen. El objetivo de la presente revisión teórica, trata de subrayar la importancia de indagar cuáles factores psicosociales podrían estar asociados a la calidad de vida que reportan estas personas. **Método:** Para llevar a cabo esta investigación, se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones en varias bases de datos online consultadas. Se seleccionaron 71 artículos, que cumplieron un conjunto de criterios de inclusión. **Resultados:** Existe evidencia acerca de la influencia de los factores psicosociales en diversos ámbitos de las EII, primordialmente en la afectación de la calidad de vida de quienes las padecen, al ser enfermedades que alteran no sólo la funcionalidad de la persona sino también su bienestar psicológico. **Conclusiones:** Al plantear terapias para mejorar la calidad de vida de quienes padecen estas enfermedades, es necesario reconocer la característica multifactorial de las mismas, para de esa forma contribuir a anticipar su aparición, mejorar el diagnóstico y su tratamiento.

Palabras clave: enfermedades inflamatorias del intestino, aspectos psicosociales, calidad de vida.

PSYCHOSOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN THE INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Summary

Introduction and Objective: In the last years there has been interest in how inflammatory bowel diseases (IBD), influence the quality of life of those who suffer these diseases.

The aim of this theoretical review is to emphasize the importance of investigating what psychosocial factors might be associated with quality of life of the people. **Method:** To carry out this research, a literature review of publications in multiple online databases was consulted. 71 articles that met a set of inclusion criteria were selected. **Results:** There is evidence about the influence of psychosocial factors in various areas of IBD, mainly in regards to the fact that the quality of life of those who suffer is affected, being diseases that affect not only the functionality of the individual but also their psychological well-being. **Conclusion:** By raising therapies to improve the quality of life of those suffering these diseases, we must recognize the multifactorial feature thereof, to thereby contribute to anticipate their appearance, improve diagnosis and treatment.

Key words: inflammatory bowel diseases, psychosocial factors, quality of life.

Introducción

Las enfermedades inflamatorias del intestino (EII), se definen como un grupo de trastornos crónicos que se caracterizan por la presencia de una inflamación periódica y recurrente de las paredes del tracto gastrointestinal.¹

Los cuadros clínicos más representativos de las EII son la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC).² La CU consiste en una ulceración o inflamación que empieza en el recto o colon sigmoide (última porción del intestino grueso), y se extiende en forma parcial o total por el intestino grueso.³ Esto genera con frecuencia: diarrea con sangre, dolor abdominal, fiebre, anemia, pérdida gradual de peso y riesgo de padecer Megacolon Tóxico (distensión del intestino grueso). Asimismo, puede causar alteraciones en otras partes del cuerpo, como la inflamación de los nódulos de la piel, artritis y ulceraciones cutáneas.⁴

La EC es un proceso inflamatorio no específico, de evolución crónica, que puede afectar todo el tracto digestivo, desde la boca hasta el ano; su localización más frecuente es en el íleon (sección final del intestino delgado) y en el intestino grueso.⁴⁻⁵ Las manifestaciones clínicas que la caracterizan son: diarrea crónica, hemorragia rectal masiva, dolor abdominal, fiebre, pérdida de apetito, anemia, pérdida de peso, cansancio, presencia de fistulas y abscesos cerca de la región anal, y riesgo de padecer obstrucción intestinal.³

Durante las dos últimas décadas, la incidencia y prevalencia de las EII ha aumentado no sólo en los países desarrolla-dos sino en aquellos en vía de serlo.⁶ Específicamente, se han publicado un conjunto de estudios en los que puede observar-se este aumento pero en niños y adolescentes, estimándose que sobre 25% y 30% de los pacientes son diagnosticados con EII antes de cumplir 20 años de edad;⁷ siendo más los casos de EC que de CU, con cifras que oscilan entre 2.2 y 6.8 por 100.000, con una distribución equivalente en ambos sexos.^{4,8-11}

Además de ser consideradas las EII como trastornos físicos del intestino, cuya etiología no está claramente definida; en la actualidad se reconoce que factores genéticos, inmunológicos y ambientales tienen un papel importante en la patogénesis de esta enfermedad.¹²⁻¹⁴ Esta descripción, ha provocado el surgimiento del interés en la investigación sistemática y precisa de las EII desde una perspectiva bioconductual, al considerarse una interacción entre factores cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos.¹⁵

Entre los factores cognoscitivos incluyen el comportamiento enfermizo del paciente y las malas técnicas de adaptación a las EII.¹⁵ Por su parte, en los emocionales hacen hincapié a la presencia de algunos trastornos, dentro de los cuales predominan la ansiedad y la depresión, detectados en un margen del 43 a 52% de quienes padecen EII.¹⁶⁻¹⁷ Entre los conductuales, mencionan situaciones estresantes de la historia comportamental del sujeto, que pueden desencadenar el primer episodio de la enfermedad o producir la exacerbación de los síntomas;¹⁸⁻¹⁹ particularmente al asociarse con la atención médica repetitiva que debe de tener y el curso prolongado de las EII.²⁰ Y por último, en el factor fisiológico indagan las altera-

ciones en la modulación del dolor que tienen estos pacientes, frente a eventos fisiológicos gastrointestinales particulares.²¹

Partiendo de lo anterior, se plantea que las EII en sí mismas, pueden ser un factor potencial que interfiere en la calidad de vida del paciente.¹⁸ Que no depende únicamente de la severidad de sus síntomas, sino también de la presencia de variables psicosociales, que hasta ahora no se sabe si emergen previo al desarrollo de las EII o son consecuencias de éstas.^{13,15,19,22}

Al no esclarecerse la relación entre los factores psicosociales y su repercusión en el campo de las EII, actualmente no se puede establecer conclusiones definitivas sobre los factores que están involucrados en la evolución de estas enfermedades, ni sobre la eficacia de las intervenciones destinadas a garantizar una mejora en la calidad de vida del paciente que las padece.¹⁸

En virtud de esto, se hizo necesario realizar un artículo de revisión teórica, que indagara cuáles factores psicosociales podrían estar asociados con la calidad de vida de los pacientes con EII, teniendo como finalidad no sólo identificar los factores que aparecen como influyentes de ésta, sino también para señalar, los lineamientos a seguir para el diseño de programas integrales de intervención necesarios para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Ahora bien, para llegar a cumplir este objetivo, se inició por identificar las aproximaciones teóricas elaboradas en el tema de las EII y concernientes al constructo de calidad de vida, justificándose la importancia de abordar la calidad de vida en personas que presentan este padecimiento. Seguidamente, se presentan algunos estudios en los que se han indagado el papel de los factores psicosociales en el surgimiento, mantenimiento o pérdida de la salud en este tipo de pacientes, así como también aquellos que han figurado como controvertidos en el tema en cuestión. Analizándose en este punto, las aproximaciones metodológicas con las cuales han señalado que estos factores tienen o pudieran tener, una relación con la calidad de vida de los pacientes que padecen una EII y con ello, aportar información para profundizar no solo en su identificación, sino también para discutir críticamente las conclusiones que proceden de estos estudios.

PRESENTACIÓN TEÓRICA

Las enfermedades inflamatorias del intestino (EII), es un término con el que se conocen varias entidades crónicas, que se caracterizan por un fenómeno inflamatorio, recurrente, con diferentes grados de severidad sobre el tracto gastrointestinal.^{1,23}

Los cuadros clínicos más representativos de las EII son la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC).² Cada una son entidades heterogéneas, con episodios de actividad y remisión inflamatoria, cuyas características clínicas se pueden sobreponer pero que en su esencia, tienen diferencias importantes por el tipo de compromiso sobre el tracto digestivo y colon.²⁴

Para poder realizar un diagnóstico diferencial entre estas entidades, se hace necesario apoyarse en las características

clínicas, endoscópicas, histológicas, radiológicas, serológicas y en la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo.²⁵

En la actualidad, las clasificaciones de las EII se realizan basándose fundamentalmente en aspectos clínicos (extensión, localización, grado de actividad inflamatoria y presencia de manifestaciones gastrointestinales) y epidemiológicos (edad, raza).²⁶ Sin embargo, estas entidades poseen características comunes que en muchas ocasiones hacen difícil diferenciarlas, y que demanda por nuevas clasificaciones que permitan precisar con mayor exactitud el diagnóstico, localización, comportamiento sintomatológico y respuesta terapéutica de cada uno de los casos.²⁷

La CU consiste en una ulceración o inflamación difusa de la mucosa colónica que afecta el recto y se extiende en forma variable y circunferencial a todo el colon.^{3,28} El síntoma cardinal o principal de este padecimiento, es diarrea sanguinolenta asociado con urgencia y tenesmo rectal (necesidad de seguir evacuando).²⁴ El curso clínico es intermitente a exacerbaciones y remisiones, donde el 50% de los pacientes presentan exacerbación severa durante la trayectoria de la enfermedad y una menor proporción, enfermedad activa permanente.²⁹ El enfoque diagnóstico, terapéutico y de pronóstico de la CU, se debe basar en la severidad y en la extensión de la enfermedad de acuerdo a los criterios de Truelove & Witts³⁰

(**Cuadro 1**) y la clasificación de Montreal³⁰ (**Cuadro 2**).

Por otro lado, la EC es un proceso inflamatorio no específico, de evolución crónica, caracterizada por una inflamación focal, asimétrica y ocasionalmente granulomatosa (caracterizada por granulomas), que llega a afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal.³¹ Presenta características patológicas y clínicas heterogéneas que incluyen: diarrea crónica, dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso y, en algunos casos, complicaciones serias como obstrucción intestinal, fístulas y/o abscesos de predominio anal.³¹

Al igual que la CU, su curso clínico se caracteriza por periodos de exacerbación y remisión, donde la mayor parte de los pacientes presentan el cuadro sintomático de forma recurrente, y una menor proporción entran en remisión.²⁹

Con relación al riesgo de presentar el cuadro con enfermedad fistulizante, éste es del 20 al 40% y el curso de la misma, dependerá de la localización y complejidad de las fístulas.^{29,32}

El enfoque diagnóstico, terapéutico y de pronóstico de la EC, por su parte, se basa en la clasificación de Montreal.³⁰

En ella se define fenotípicamente la enfermedad (inflamatoria, estenosante y penetrante), tomando en cuenta la edad de inicio de ésta, los segmentos intestinales comprometidos, la severidad en la afectación de éstos y la actividad inflamatoria del paciente (**Cuadro 3**).

Cuadro 1 Criterios de Truelove & Witts

	Leve	Moderada	Severa
Deposiciones con sangre/día	< 4	5	> 6
Pulso/Minuto	< 90	≤ 90	> 90
Temperatura (°C)	< 37.5	≤ 37.8	> 37.8
Hemoglobina (g/dl)	> 11.5	≥ 10.5	< 10.5
VSG (mm/h)	< 20	20-30	> 30
Proteína C Reactiva (mg/L)	Normal	≤ 30	> 30

Cuadro 2 Clasificación de Montreal

	E1: Proctitis. El compromiso está limitado al recto (distal a la unión rectosigmoidea).
Extensión (E)	E2: Colitis izquierda. El compromiso inflamatorio está limitado a la porción del colon distal al ángulo esplénico. E3: Extensa. El compromiso se extiende proximalmente al ángulo esplénico, incluyendo una pancolitis.
Severidad (S)	S0: Colitis en remisión (Colitis silente): No hay síntomas de la enfermedad. S1: Colitis leve: Cuatro o menos deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia, ni aumento de la VSG. S2: Colitis moderada: Criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves. S3: Colitis grave: Seis o más deposiciones diarias con sangre, fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia y aumento de la VSG, a menudo con signos de afección ("toxicidad") sistémica grave.

Cuadro 3 Clasificación de Montreal - Enfermedad de Crohn

Edad de diagnóstico	A1: Menor de 16 años A2: Entre 17 y 40 años A3: Mayor de 40 años.
Localización	L1: Ileon L2: Colon L3: Ileon y colon L4: Digestivo superior aislado.
Comportamiento	B1: No estenosante, ni penetrante (Inflamatorio) B2: Estenosante B3: Penetrante (Fistulizante) P: Enfermedad perineal.

En forma muy general, ambas enfermedades, tienen patrones de presentación clínica similares, pero existen algunas diferencias que pueden ayudar a su clasificación. La EC se caracteriza por el compromiso transmural (engrosamiento de la pared intestinal que explica los diferentes fenotipos de los pacientes, ya sea inflamatorio, estenosante y penetrante), que puede afectar todo el tracto digestivo, a diferencia de la CU donde el compromiso es mucoso y limitado al colon.²⁴ El síntoma cardinal de la CU es la diarrea sanguinolenta, mientras que en la EC, es más frecuente la diarrea con o sin sangre, asociada a dolor abdominal y disminución de peso.²⁴

Otra diferencia, se centra en que las manifestaciones extra-intestinales son más frecuentes en la EC, especialmente cuando afecta el colon, entre ellas están: cálculos biliares, inadecuada absorción de nutrientes, inflamación de las articulaciones, ulceraciones en la mucosa de la boca, nódulos cutáneos dolorosos en la zona de los brazos y en las piernas.³¹ Mientras que en la CU, se le presta más atención a las complicaciones que pudieran presentarse, entre las cuales están: el riesgo de padecer Megacolon Tóxico (distensión del intestino grueso), la colitis tóxica (el grosor de la pared intestinal presenta un grave daño en su totalidad) y el riesgo de presentar cáncer de colon (que es mayor en pacientes que presentan una colitis de larga evolución).³¹

No obstante, ambas entidades contribuyen a la demarcación de una patología colorectal, por su cronicidad, severidad, evolución con recaídas, complicaciones, alta morbilidad quirúrgica, limitada eficacia terapéutica, deterioro de la calidad de vida de quien las padece, y un riesgo mayor de desarrollar cáncer colorectal.³³

Epidemiología de las EII

Durante las dos últimas décadas su incidencia y prevalencia ha aumentado, no sólo en los países desarrollados sino en aquellos en vía de serlo.^{6,14,25} En Estados Unidos se ha calculado una incidencia 7-12/100.000 habitantes/año.¹⁴ En el Reino Unido la incidencia es de 10-20/100.000 habitantes/año, con una prevalencia de 100-200/100.000 habitantes.²⁸ En Asia y Latinoamérica, se ha publicado una incidencia de

0.08/100.000 habitantes/año.²⁸ Sin embargo, en Chile no existen datos claros sobre la incidencia y prevalencia, solamente se sostiene que ha habido un aumento en el diagnóstico de estas enfermedades en los últimos.^{27,33}

Con respecto a la edad de inicio, en la CU es bimodal al tener un momento de ascenso mayor, entre los 15-30 años, y otro ascenso menor entre los 50 -60 años.²⁵⁻²⁶ Por su parte, la EC suele presentarse a cualquier edad, siendo más común en la segunda o tercera década de vida.³¹

Sin embargo, la incidencia de EII ha ido en aumento tanto en niños como en adultos.^{7,34} Estimándose que por encima del 25% del diagnóstico de EII se haría antes de cumplir los 20 años, específicamente de EC.^{4,8-10} Trayendo consigo tras-tornos en el crecimiento debido a la propia enfermedad o como consecuencia del tratamiento farmacológico, así como un riesgo mayor de presentar complicaciones a largo plazo, que llegaría a evidenciar alteraciones de la calidad de vida de las personas desde una muy temprana edad.⁴

En cuanto al género, pareciera que ambas EII tienen una distribución equivalente.¹¹ A pesar de que se está planteando, que la EC es más frecuente en el sexo masculino con una relación de 1.8:1.^{14,35} Un aspecto que llama la atención, es que algunos estudios sugieren diferencias de esta distribución, según el desarrollo socioeconómico de áreas urbano-rurales, siendo los estratos urbanos altos aquellos que presentarían un riesgo mayor.^{14,26}

Etiopatogenia de las EII

Las diferencias anteriormente descritas, no están bien entendidas, siendo el resultado de una etiología que a su vez no está claramente definida, dado que el mecanismo más aceptado hace referencia a que en individuos genéticamente susceptibles, un agente o estímulo disparador genera un desequilibrio entre el sistema inmune intestinal, produciendo una respuesta inflamatoria tanto a nivel local como general.^{30,31,36}

Esta descripción, ha provocado que los estudios epidemiológicos de las EII no se limiten sólo al análisis de la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, sino que traten además, de identificar los factores ambientales asociados a su aparición

y modificación de su historia natural, y estudiar detenidamente, sus repercusiones a nivel social, económico y de salud.²⁵ Algunos de estos, se han abordado desde una perspectiva bioconductual, considerando la interacción entre factores cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos; reconociendo la relevancia de las variables psicológicas en el inicio y/o en el curso de las EII.¹⁵

Estas investigaciones coinciden en plantear que las personas con alguna EII presentan más desajustes que la población normal, pero que en sí, el nivel de salud está en función del comportamiento de los sujetos, y que éste a su vez, está condicionado por las características psicológicas, biológicas y contextuales del propio individuo.^{12-14,18} A partir de lo cual, las EII se entenderían como enfermedades multifactoriales que generan una alteración del sistema inmune.¹³

Las EII desde el punto de vista de la Psicología

Muchas de las enfermedades crónicas son el producto de la exhibición frecuente de conductas no saludables y la presencia de condiciones ambientales perjudiciales. De tal manera, a pesar de que el modelo médico tradicional se centra exclusivamente en la patología orgánica como causa de la enfermedad, resulta poco probable que tales cuidados médicos intenten sustituir el papel que tienen los hábitos y las condiciones ambientales como factores de riesgo o no, para el bienestar físico y mental de las personas.³⁷

La Psicología actual, ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. En los últimos años han cobrado especial relevancia los aspectos preventivos de las enfermedades, igualmente, se ha acrecentado el interés por encontrar estrategias para sobrellevar ciertas enfermedades crónicas, y en general, cómo mejorar integralmente la calidad de vida de las personas.³⁸

Pese a esto, aún existe una falta de consenso sobre la definición y evaluación de la calidad de vida, dado a las diferentes áreas que lo abordan.³⁹⁻⁴⁰ Específicamente en el campo de la salud, se ha planteado que este constructo tiene problemas metodológicos al depender de la patología en estudio, del estado de ánimo del paciente, de la calidad del servicio prestado, de la actitud del médico, de los instrumentos usados etc.³⁹ Resaltando así que a la hora de estar hablando de calidad de vida, se está abordando tres aspectos fundamentales: el subjetivo, el contextual y el funcional; para de esta forma tomar en cuenta las expectativas del paciente con relación a su enfermedad, el apoyo social percibido-recibido y la capacidad del paciente de funcionar socialmente componentes.⁴⁰

Estos aspectos hacen mención a la necesidad de incluir dentro del análisis y definición de calidad de vida, diversas variables que la vida moderna le impone a la persona, tales como creencias, motivaciones, inseguridad, exceso de información, desempleo, multiempleo, cambios de la estructura familiar, así como otros factores que llegan someter a las personas, a niveles cada vez más elevados de estrés.⁴¹

En este sentido, la calidad de vida tal como aparece señalado en los trabajos pioneros, se explora las repercusiones de

una determinada enfermedad y sus tratamientos de acuerdo con la perspectiva del paciente, implica tanto el compromiso funcional del individuo como su sensación de bienestar consigo mismo y con su medio.⁴²

Específicamente en las EII, se han encontrado cómo los comportamientos y estilos de vida pueden afectar tanto el surgimiento como la exacerbación de la enfermedad.^{6,43} Proponiéndose una relación clínica entre los acontecimientos de la vida causantes de estrés y una mayor tasa de alteraciones gastrointestinales.⁴⁴ Sobre la base de estudios prospectivos y retrospectivos, se plantea que por ejemplo, las EII en sí mismas, pueden ser un factor potencial que interfiere en la calidad de vida del paciente, que no depende únicamente de la severidad de sus síntomas, sino también de la presencia de variables psicosociales.¹⁸

No obstante, los conocimientos actuales no han esclarecido aún la relación entre factores psicosociales y su repercusión en la calidad de vida y bienestar psicológico de los pacientes con EII. A partir de esta consideración, se justifica hacer una revisión para analizar los factores psicosociales estrechamente asociados con las EII y los cambios en el estilo de vida de la persona que las padece.

MÉTODO

Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones en varias bases de datos online consultadas (MedLine, Scielo, Redalyc, google académico, entre otras), utilizando como términos de búsqueda: "Enfermedad inflamatoria del intestino", "Colitis Ulcerosa", "Enfermedad de Crohn", "Aspectos psicológicos en la enfermedad inflamatoria del intestino", "Terapia en la Enfermedad inflamatoria intestinal".

Seguidamente, entre todos los artículos encontrados, tanto en libros como en revistas científicas indexadas, se trabajaron con aquellos cuya fecha de publicación se encontrara del año 2000 en adelante, con excepción de algunos artículos previos a tal fecha que eran relevantes para aclarar tanto los criterios utilizados para el diagnóstico de las diferentes entidades que engloban las EII, como también en ayudar a profundizar los aspectos psicológicos en la revisión.

Como resultado de la búsqueda, se obtuvo un total de más de 6000 artículos que cumplían estos criterios iniciales, para ello fue necesario realizar un proceso de selección por pertinencia, para seleccionar aquellos artículos que desarrollaban de forma específica los temas objeto de estudio. A partir de esto, se seleccionaron 71 artículos, que cumplieron un conjunto de criterios de inclusión, en donde además de ser publicaciones de revistas indexadas, fueron estudios empíricos en idioma español e inglés, a los cuales se le pudo acceder en su totalidad.

Es importante recalcar que aunque la revisión recoge un amplio número de artículos, no da cuenta de todos los trabajos sobre el campo de estudio, que se hubiese querido revisar por motivo de tiempo para la realización de la presente revisión.

Habiendo señalado esto, el posterior paso antes de llevar a cabo el análisis minucioso de los artículos, fue la clasificación

de estos; se recurrió a categorizarlos como: artículos médicos y artículos bajo una perspectiva psicológica. Antes de tomar esta decisión, se tomaron cada uno de estos artículos y se revisó su contenido, para de esa forma tener una visión general de los mismos y así poder tener en cuenta la diversidad de los temas tratados en torno a las EII, a la hora de delimitar qué podía ser útil para cumplir con los objetivos del estudio.

A continuación, se procedió al análisis de los artículos seleccionados, revisándose uno a uno sus contenidos, interpretando la información y extrayendo conclusiones necesarias para profundizar en la revisión.

Resultados

Dada la literatura revisada, los estudios sobre calidad de vida en las últimas décadas, se han centrado en pacientes crónicos, estos trabajos han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de los trastornos, como por su carácter permanente, lo que ha obligado a ver la conducta como un factor protector o de riesgo para el bienestar físico y mental de las personas.³⁷

Las enfermedades crónicas dado sus características, suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida del paciente, desde la fase inicial aguda de cualquier trastorno (alteración física, mental y social) hasta la asunción del carácter crónico del mismo (cambios permanentes en mayor o menor medida).⁴⁵ Razón por la que evaluar la calidad de vida permitiría conocer el impacto de estas enfermedades y/o de su tratamiento; conocer al paciente que las padece, su evolución y adaptación a la enfermedad; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad y mejorar las terapias paliativas.⁴⁵

En el campo de los trastornos gastrointestinales, se ha encontrado importantes correlaciones entre la sintomatología de los diversos cuadros y factores psicosociales;⁴⁶⁻⁴⁸ esto dado al desarrollo de una serie de conductas relacionadas con los síntomas en los diversos sistemas de respuesta, no sólo el fisiológico sino, por supuesto, el cognitivo y también el motor.⁴⁹⁻⁵¹

Esta serie de conductas trae como consecuencias la afectación de la calidad de vida de los pacientes que los padece, principalmente porque se alteran sus percepciones de salud y enfermedad, y el estado funcional con relación a su padecimiento.⁵²⁻⁵⁵

Las percepciones que tiene el paciente con este tipo de padecimientos, acerca de cómo su condición afecta su cotidianidad y desenvolvimiento en diversas áreas, ha sido abordado en algunos estudios. Un ejemplo es el trabajo de González & De Ascencao en el caso del Síndrome Intestino Irritable (SII),⁵⁶ quienes exploraron su relación con algunos factores psicosociales y el SII, realizando una entrevista en la que se describía la sintomatología experimentada, los hábitos alimenticios, eliminatorios, laborales, sexuales y su manejo emocional.

Estos autores encontraron que en los hábitos de alimentación, las variaciones estaban asociadas con realizar dietas ricas en fibra y líquidos que se vieron obligados a adoptar a consecuencia del trastorno. Los hábitos de eliminación, se

afectaron debido a que los pacientes presentaban síntomas tales como ardor y malestar general al evacuar. Los hábitos sexuales variaron debido a que los malestares disminuyeron la frecuencia, duración de las relaciones, así como las posiciones llevadas a cabo por éstos. Con respecto al manejo de las emociones, encontraron que los indicadores más relevantes en los pacientes con SII fueron irritabilidad y deseos de llorar.⁵⁶

A partir de esto, se señala que la calidad de vida no se ve deteriorada solamente por la severidad de los síntomas, sino por su relación con otros factores que están presentes en el paciente con este tipo de padecimientos, y que podrían a su vez, ser los predictores más importantes de la calidad de vida de éstos.⁵⁵

Siguiendo esta vía, se han diseñado estudios con el objetivo de determinar si el deterioro en la calidad de vida en pacientes con una sintomatología parecida, depende de la severidad de los síntomas o del estrés psicológico.⁵⁷ Un estudio en pacientes, específicamente con SII atendidos en centros clínicos privados, sugirió que la calidad de vida está más relacionada con el estatus psicológico que con la severidad de los síntomas.⁵⁸

Mientras que otros trabajos señalaron, que tanto la severidad de los síntomas gastrointestinales como el estado psicológico, afectan distintos aspectos de la calidad de vida.⁵⁹⁻⁶¹ Severidad que se determina por la intensidad, frecuencia, grado de dificultad para realizar ciertas actividades y frecuencia de utilización de los servicios de salud por parte del paciente; permitiendo así, clasificar los síndromes en algunos niveles: en leve (síntomas infrecuentes con poca discapacidad), moderado (puede interferir ocasionalmente con las actividades diarias), y severo (con síntomas que afectan considerablemente las actividades cotidianas y la calidad de vida).⁵⁷

Con relación a las EII, se han encontrado cómo los comportamientos y estilos de vida pueden afectar tanto el surgimiento como la exacerbación de la enfermedad.^{6,43} Todo lo cual ha provocado el surgimiento del interés en la investigación sistemática y precisa de estas alteraciones, desde una perspectiva bioconductual integrada, considerando la interacción entre eventos orgánicos y algunos factores psicosociales que se expondrán a continuación:

Estrés

El estrés psicosocial es un elemento implicado en los trastornos digestivos, lo que resulta discutible es dilucidar cuál es su papel, ya sea como consecuencia o como causa en la aparición o en la recidiva de las EII.⁴⁹

En los últimos años las investigaciones han sido dirigidas fundamentalmente a estudiar la relación entre el estrés diario o sucesos menores y las EII.^{15,55} Al encontrarse que el 60% de los pacientes con EII reportaban una alta cantidad de eventos negativos en su vida, en especial divorcios o muertes de algún familiar, a diferencia de los grupos controles quienes no presentaban porcentajes tan altos como los primeros.⁵⁵ Situación que marcaría el comienzo de los síntomas, al ser consideradas como una predisposición para el desarrollo de las EII.⁶²

El primer estudio que se hizo en esta línea, fue llevado a cabo en los años 90 por un grupo de la Universidad de Nueva York, en el que siguieron prospectivamente durante seis meses, a 124 pacientes con EII, tanto con EC como con CU, que fueron evaluados en variables psicológicas y biológicas.⁶³ Estos autores observaron un mayor riesgo de inicio de actividad de la enfermedad en los sujetos expuestos a estrés (95%), en comparación de los pacientes que no habían sufrido el mismo. Incluso, luego de realizar un análisis multivariante, llegaron a concluir que el estrés continuó siendo el único factor de riesgo independiente para predecir brotes de actividad de esta enfermedad.⁶³

Asimismo, se ha estudiado cómo el estrés psicosocial llega a afectar el bienestar físico y mental y de esta manera, a influir en la gravedad o severidad de los síntomas de las EII al considerar el estrés como una causa no sólo de su origen sino de la exacerbación de su sintomatología.¹⁸

Específicamente en pacientes con CU, en el año 2000, realizaron un estudio prospectivo, el cual contó con 62 pacientes en remisión. Durante 45 meses, evaluaron el estrés percibido, los síntomas depresivos y los acontecimientos vitales estresantes conjunto a otros potenciales factores que para ellos era predisponentes a que se diera la crisis sintomática.⁶⁴ Durante ese tiempo, 27 pacientes presentaron una crisis, que se asociaba con el hecho de tener una mayor puntuación en el Cuestionario del Estrés Percibido; concluyendo así, que en los pacientes con puntuaciones más altas de estrés percibido, se triplicaba el riesgo de crisis sintomática hasta en los siguientes 8 meses subsiguientes a la evaluación.

Resultados similares los tuvo otro estudio, en el que correlacionaron la actividad de la EII y el estrés percibido en una muestra de 200 pacientes con EII de larga evolución (137 EC y 63 CU), obteniendo tras un análisis de regresión múltiple, una relación significativa entre un mayor estrés percibido y una mayor actividad de la EII.⁶⁵ Como también otro en el que estudiaron 708 pacientes con EII atendidos durante 18 meses, observándose que el estrés percibido se correlacionaba no sólo con la sintomatología de ambos cuadros (EC y CU) sino también, el número de visitas a urgencias durante el período de seguimiento.⁶⁶

No obstante, estos hallazgos podrían ser contradictorios dado que existen investigaciones que señalan que la relación que pudiera tener el estrés con las EII no está claramente demostrada, debido a dificultades de saber si en verdad el estrés da lugar a la exacerbación y la perpetuación de la inflamación intestinal, o si padecer una EII es en sí mismo el evento estresante, resaltado esto por la alteración que el individuo tiene de su calidad de vida, al asociarse con la atención médica repetitiva que debe de tener y el curso prolongado de las EII.^{20,67-69}

Del mismo modo, estos resultados discrepantes podrían ser explicados también por los problemas que se tienen al hablar de estrés, dado que resulta importante diferenciar si lo que se ha medido es el estrés percibido o acontecimientos vitales, al observarse que en los estudios que miden los acontecimientos vitales no existe tanta evidencia sobre predisposición de las crisis sintomáticas de las EII, como en los que anteriormente se ha expuesto, al hablar de estrés percibido.⁷⁰

Por otro lado, las percepciones que tiene el paciente con EII acerca de cómo su condición afecta su cotidianidad y des- involucramiento en diversas áreas, ha sido abordado en algunos estudios. Un ejemplo es un trabajo en el que encontraron que cerca del 42% de las personas que padecen de una EII perciben un déficit funcional a nivel laboral, trastornos en las relaciones sociales, limitaciones en la actividad sexual y alteraciones de orden psicológico y del sueño.⁷¹

Aunado a esto, el impacto económico de las EII es bastante grande, considerando a la par los gastos tanto directos como indirectos que éstas traen a quienes la padecen. Los gastos directos están relacionados con el sistema de salud, muy particularmente a la atención médica repetitiva y de curso prolongado, esto se refleja en que los pacientes con EII tienen la costumbre de visitar muchas veces al médico.⁷² Así como tienen innumerables gastos entre fármacos y exámenes que son indicados por el especialista.²² En especial para tratar los severos dolores abdominales y la desnutrición que frecuentemente es vista en los casos con EII, que al no ser tratados llegarían a empeorar aún más, la calidad de vida del paciente.⁷³

En cuanto a los costos indirectos de las EII, estos se encuentran relacionados a la disminución de la productividad, entre ellas la laboral.⁷¹ Reflejada en un ausentismo anual del 40% según datos de una encuesta realizada en Estados Unidos.⁷⁴ Por tanto, cuando una persona se encuentra sujeta a trastornos fisiológicos con una sintomatología como la señalada en las EII, que se mantiene de forma persistente y que afecta considerablemente su calidad de vida, inicia un recorrido de consultas médicas especializadas donde va recibiendo tratamientos que van aumentando en número, tornándose muchas de las veces irresoluble la situación para el paciente.⁷² Ante lo cual se llegarían a cronificar las conductas de enfermedad y a deteriorar de igual forma las conductas de salud en el paciente.⁷²

Si bien los eventos estresantes tienen una relación clara con la circunstancia de que el paciente con EII consulte, pareciera que no son en sí mismo suficientes para explicar el mantenimiento de las alteraciones conductuales vistas en los pacientes con EII; de allí que los conocimientos actuales aún no han esclarecido aún la relación entre el estrés y su repercusión orgánica en las EII.

Pareciera que el estrés es sólo uno de los varios factores psicosociales capaces de incidir en la enfermedad; por lo que es preciso estudiar si otros factores participan en la génesis, exacerbación o modificación de la sintomatología del EII para de esa manera garantizar una mejora en la calidad de vida del paciente que lo sufre.

Estrategias de Afrontamiento

La reacción de una persona ante un estímulo estresante, como puede ser el padecimiento de una EII no sólo dependerá de los síntomas físicos, de la valoración que haga de la enfermedad y de las consecuencias que anticipe, sino que también dependerá de los cambios que se generan en su estilo de vida y de las estrategias de afrontamiento que utilice para abordar su nueva situación.¹³

Esta serie de reacciones trae como consecuencias la afectación de la calidad de vida, que son las que alterarían las percepciones de salud y enfermedad de las personas que padecen una EII, como también su estado funcional con relación a su padecimiento.^{4,15}

Es por ello que algunos autores consideran, que las estrategias de afrontamiento son el predictor más importante del curso de la enfermedad, dado que a partir de ellas se pudieran planificar actuaciones preventivas y de intervención que favorezcan la adaptación de estos pacientes a su enfermedad.^{13,75}

Esta afirmación la obtuvo un estudio en el cual se planteó que la diferencia entre la cantidad de eventos negativos, era atribuida a la falta de herramientas que tenían las personas con EII para manejar las situaciones estresantes de su vida, y a la tendencia del uso de un afrontamiento pasivo -emocional que llevaba exacerbar sus niveles de ansiedad y depresión; ante lo que era necesario incluir en el tratamiento de estos pacientes, estrategias que le facilitarían un mejor control sobre su cuerpo y sobre sus pensamientos, resaltando así la relevancia de la inserción de la terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento médico de la sintomatología física de estos pacientes.⁷⁶

Asimismo, otro estudio encontró que existe una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento positivas y un mejor ajuste de los pacientes con EII.¹³ Lo que lleva a pensar que las personas peor adaptadas a su enfermedad usan unas estrategias de afrontamiento inadecuadas y son, asimismo, las que pudieran presentar una mayor sintomatología depresiva y a corroborar la idea, de que según la manera en que se afronta la EII, va a depender el estado de salud y el bienestar físico y mental de los pacientes con EII.³

Estos hallazgos parecieran señalar que en general, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son los principales predictores de la percepción de salud el funcionamiento y el bienestar psicológico de los pacientes con EII, haciéndose necesario incluir en el tratamiento de estos pacientes, estrategias que le facilitarían un mejor control sobre su cuerpo y sobre sus pensamientos, para de esa forma aumentar la responsabilidad del paciente en su tratamiento.³

Siguiendo esta línea, las investigaciones respecto al control personal, evidencian que el autocontrol, el locus de control y las creencias de autoeficacia, son variables que juegan un papel importante en el manejo de las condiciones de salud y por lo tanto, en la calidad de vida de las personas.⁷⁷⁻⁸⁰

Estas variables son consideradas como un factor crucial para la percepción de estado de salud y la calidad de vida relacionada en pacientes con enfermedades crónicas.^{77,80-84}

Por ejemplo, un autocontrol adecuado de las enfermedades permite a los pacientes vivir con calidad y realizar todas sus actividades de la manera más normal, siempre y cuando haya una motivación continua y un cambio permanente en el estilo de vida de éstos.⁸⁵

Por otro lado, la influencia que tiene la autoeficacia sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, se explicaría por el hecho que un mayor nivel de autoeficacia produce una mayor resistencia al estrés, una mayor capacidad de adaptación a las demandas y también una mayor

capacidad de ajuste a la experiencia de vivir con una condición de enfermedad crónica.⁸⁶⁻⁸⁷ Mientras que con el locus de control, la hipótesis general de Rotter⁸⁸ era que aquellas personas que creían que su salud depende en primera instancia de ellas mismas (locus de control interno), tienen más bienestar psicológico que las que creen que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (locus de control externo), porque ellas mismas contribuyen a sobrellevar los efectos de su enfermedad.^{77,80,89-90}

Específicamente en el caso de las enfermedades digestivo-funcionales, el tema del control personal en los últimos años ha despertado gran interés, como es en el caso del Síndrome Intestino Irritable (SII), señalándose la responsabilidad individual de la persona con el padecimiento es un aspecto fundamental para el manejo de las situaciones estresantes que se desencadenan con su condición.⁴⁹

Sin embargo, el área de las EII es un campo del conocimiento poco explorado y los trabajos existentes muestran resultados contradictorios. Estas investigaciones no esclarecen qué papel tiene cada uno de los elementos del concepto de control. Por ejemplo, se encuentra un estudio en el que trataron de identificar el locus de control hacia la salud en 60 pacientes con diagnóstico de CU y SII, así como de establecer las diferencias entre ambos grupos. Estos autores encontraron que los pacientes con CU exhiben de manera significativa un menor locus de control interno hacia la salud que los de SII, concluyendo que estos últimos se consideraban más capaces de controlar su enfermedad probablemente porque se trataba de un diagnóstico benigno sin base orgánica detectable.⁹¹

A su vez, no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al locus de control externo, planteando que los pacientes en general tienen una baja convicción de que los médicos y/o el azar, puedan hacer algo por su enfermedad.⁹¹ Mientras que en otro trabajo, hallaron en una muestra de 207 pacientes (156 con diagnóstico de SII y 51 con dispepsia funcional) que el locus de control externo se asociaba positiva y significativamente con ambos diagnósticos digestivo.⁹² Como se puede observar, es evidente la discrepancia de los estudios, los cuales no presentan un panorama claro sobre el papel del locus de control en este tipo de síndromes.

Con relación a la EC, únicamente se cuenta con investigaciones en el área cognitivo conductual acerca de la efectividad de la terapia en el manejo de las conductas problemáticas asociadas a los síntomas.^{47,93-95} Encontrando que se llegan a superar con la terapia, aumentando la percepción de competencia de los pacientes, desarrollando un nuevo estilo de afrontamiento a múltiples situaciones; así como también el aumento del control de la sintomatología por medio del manejo de diversas técnicas, entre ellas la meditación y relajación.

No obstante, no existen estudios dirigidos a determinar estos aspectos y la razón por la cual es importante estudiarlos en relación a la calidad de vida de los pacientes con EII, exponiendo así, la necesidad de seguir realizando estudios que se encaminen a establecer el papel que juega cada una de estas variables, dado que posiblemente el mantenimiento y/o mejora de la sintomatología de las EII, podría depender del control

alcanzado por la persona, y esto a su vez, podría relacionarse con la percepción que tienen los pacientes acerca del cambio permanente de su calidad de vida al padecer una enfermedad inflamatoria de este tipo, desde su fase inicial aguda (alteración física, mental y social), hasta la asunción del carácter crónico de la misma (cambios permanentes en mayor o menor medida).^{45,96}

Por tanto, el control personal podría ser un mecanismo a través del cual el comportamiento influiría no sólo la calidad de vida de la persona con EII, al facilitar el afrontamiento a diversas situaciones, sino también, en el desarrollo o exacerbación de la psicopatología que se pudiese detectar.³

Alteraciones Emocionales

Actualmente, algunas investigaciones hablan que el desencadenamiento y el agravamiento de la elevada motilidad gastrointestinal, puede estar explicado por factores emocionales, al observarse que diversos diagnósticos psiquiátricos se encuentran relacionados con la presencia de trastornos digestivos.⁷²

Específicamente, se ha planteado una asociación entre las EII y los trastornos psicológicos pero no se ha profundizado si es que existe una relación causal entre ellos. Esto puede ser visto en el caso de la asociación descrita entre ansiedad y los trastornos digestivos, a partir de la cual se ha comentado cómo los síntomas gastrointestinales fueron tomados en cuenta, relativamente hace poco, en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de pánico, apareciendo un estudio realizado en la década de los 80, donde se encontró que el 42% de los pacientes que se atendieron por crisis de pánico, describieron abiertamente como molestia más importante, la presencia de síntomas gastroenterológicos. Así como 5% de estos pacientes, estaban en tratamiento con gastroenterólogos por un cuadro de EII. Observándose cómo el tratamiento exitoso del síndrome de pánico, coincidió con la resolución de su cuadro intestinal pero no pudo aclarar si los síntomas ansiosos fueron consecuencia o causa de la aparición o mantenimiento de este cuadro.⁴⁴

A pesar que hasta la fecha no se tiene una respuesta para esta interrogante, en la literatura se encuentra un conjunto de estudios que sirven de apoyo para determinar que los trastornos psicológicos se relacionan con la presencia y avance de la EII, que señalan que la ansiedad y la depresión son más comunes en pacientes con EII.¹⁷

Tal es el caso de un estudio que demostró que la prevalencia de desórdenes emocionales entre pacientes con trastorno digestivo funcional era del 80%, la mayor parte de los desórdenes correspondía a depresión, el cual estaba en un 52% de la muestra estudiada y sólo un 5.4% a ansiedad.⁹⁷

En otro estudio más reciente, se encontró que el 43% de una muestra adulta con EII, presentaba altos niveles de síntomas ansiosos y depresivos, indicando que específicamente en la EC, la ansiedad era más grave en los períodos activos de enfermedad y concluyendo, que la ansiedad y la depresión varían de acuerdo con los cambios que se observan en la actividad de las EII.¹⁶ Siendo más llamativos en las fases agu-

da de la enfermedad que en las de remisión, por lo que era pertinente incluir como complemento del tratamiento de las EII, el abordaje psicológico de estos síntomas y así evitar que repercutan sobre la percepción de calidad de vida de estos pacientes.¹⁶

Asimismo, se ha encontrado que los pacientes con EC tienen significativamente más ansiedad que los pacientes con CU.⁹⁸⁻⁹⁹ Por tanto, estos resultados sugerirían que los pacientes con EC tienen la tendencia de ser más ansiosos que los pacientes con CU, probablemente esto se deba a que los primeros presentan síntomas intestinales más graves, a mayores dificultades derivadas de procesos de cirugía que buscan tratar las fístulas perianales en la EC, a la desnutrición que muchas veces limita la recuperación de esta condición.^{73,98,100}

Específicamente en cuanto a los niveles de depresión, se ha encontrado una alta comorbilidad.^{13,98} Explicándose esta relación dado al impedimento físico real, o bien al estigma social derivado de los síntomas de las EII (deposiciones frecuentes, presencia de malos olores), que podrían ir disminuyendo la frecuencia con que la persona realiza actividades gratificantes. Esta idea, concuerda con otros estudios que existen en la literatura, en los cuales se señala la tendencia con que este tipo de pacientes recurre al afrontamiento de negación, huida o evitación, que es lo que incrementa el riesgo de padecer alteraciones depresivas y llevaría a acentuar los efectos perjudiciales de las mismas sobre el estilo de vida de quien las padece.¹³

Por otro lado, existen estudios que tratan de plantear que las alteraciones psicológicas son las causantes de las EII; en estas se señalan que los trastornos del afecto parecen ser un factor de riesgo para padecer trastornos digestivos funcionales predominando la depresión media con un 52% de la muestra estudiada.¹⁰¹ Sin embargo, este tipo de afirmaciones, no cuenta con condiciones de estudio claras y/o de apoyo de investigaciones prospectivas, para poder informar de tal implicancia.³

Aunque no se tenga evidencia de lo anterior, se sabe que existe una relación significativa entre el cerebro y el aparato digestivo.⁴⁴ Al postularse que la región del locus ceruleus es un importante nexo entre el sistema nervioso central y el tubo digestivo, al ser no sólo un mediador los estados emocionales sino también para derivar algunas señales del tracto digestivo. Razón por la que es posible esperar que la incidencia de alteraciones emocionales en las EII, aunque no sean determinantes de su etiología, probablemente influyan en la aparición y exacerbación de sus síntomas, produciendo esto mayores riesgos para la salud y una peor calidad de vida.³

Conclusiones

Por medio de la revisión realizada, se tiene evidencia sobre la influencia de los factores psicosociales en diversos ámbitos de las EII, principalmente en la afectación de la calidad de vida de quienes las padece, al ser enfermedades que alteran no sólo la funcionalidad de la persona sino también su bienestar psicológico, por medio de períodos de actividad sintomática que impactan sobre su rutina diaria. De aquí que se despren-

da, la necesidad de promover la participación del Psicólogo en este grupo de pacientes, haciendo evaluaciones e intervenciones que ayuden al paciente a mejorar la calidad de vida y lograr un mejor pronóstico.

Si se aborda cada uno de los factores psicosociales, que se encuentran relacionados con la calidad de vida en las EII, se puede concluir que son muy diversos. Con relación al estrés, las investigaciones han sido dirigidas fundamentalmente a estudiar la relación entre el estrés diario y las EII; sin embargo, pareciera que al momento de medir el estrés existe confusión al hablar de estrés percibido o de acontecimientos vitales. En lo que respecta al afrontamiento, resulta importante realizar trabajos en un futuro que profundice en la estrategias desplegadas por quienes padecen EII, dado que el impacto que pudieran tener los factores psicosociales sobre la calidad de vida puede estar mediado por estrategias inadecuadas que la persona debe de modificar.

Por otra parte, en el tema de las alteraciones emocionales, existe evidencia de que están presentes en la mayoría de los pacientes con EII y de ahí que se relacionen con la alteración de la calidad de vida de estos. Aun así, se mantiene la interrogante acerca de si son las que propician y mantienen la sintomatología de las EII, o si más bien son consecuencias de estas enfermedades. Esto constituye una pregunta que al ser resuelta, dará respuesta acerca del papel del componente psicológico en el EII, aclarando de esta forma si éste impulsa al desarrollo de los síndromes o si por el contrario es desencadenado por él.

Si bien, lo anterior pudiera llevar a buscar la respuesta en la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta condición, hasta ahora esto no se tiene claro. Es desde una perspectiva relacional e intersubjetiva que se pudiese decir, que la sintomatología de estos pacientes, tendría un efecto emocional por medio del cual la persona expresaría sus afectos, y su relación con las señales corporales estaría en estrecha dependencia del contexto intersubjetivo.¹⁰² Idea que resaltaría, la sugerencia de algunos estudios en reconocer la existencia de alexitimia en estas personas.¹⁰³

Por último, con lo consultado en el presente trabajo, se llega a concluir que son muchos los vacíos que aún quedan en torno al tema, en especial en lo que tiene que ver con la etiología de las EII, razón por la que más allá de darle importancia a un factor a la hora de plantear terapias para mejorar la calidad de vida de quien las padece; se tiene que reconocer la característica multifactorial, no sólo por los factores psicosociales que están involucrados sino también en la profundización de su arquitectura genética, para de esa forma esclarecer los mecanismos moleculares de estas enfermedades, contribuir a mejorar el diagnóstico, y a anticipar el pronóstico de éstas.¹⁰⁴

Clasificación

Área: psicología.

Tipo: artículo de revisión.

Tema: enfermedades inflamatorias del intestino.

Patrocinio: ninguno.

Referencias bibliográficas

- Castillo D, Rosas J, Serrano A, Amezcua L. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*. 2005;10(2):10-20.
- Podolsky D. Inflammatory bowel disease. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(6):417-429. doi: 10.1056/NEJMra020831
- Tobón S, Vinaccia S, Quiceno J, Sandín B, Nuñez A. Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2007;25(2): 83-97.
- Ortigosa L. Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. *Colombia Médica*. 2005;36(2):16-24.
- Andres P, Friedman, A. Epidemiology and the natural course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Clinics of North American*. 1999;28(2):255-81. doi: 10.1016/S0889-8553(05)70056-X
- Casati J, Toner B. Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2000; 54(7): 388-393. doi: 10.1016/S0753-3322(01)80006-8
- Moyer M. A collaborative effort to define the epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: what can we learn from children with early-onset disease? *Journal of Pediatrics*. 2005;146(1):7-8. doi: 10.1016/j.jpeds.2004.10.068
- Kugathasan S, Judd R, Hoffman R, Heikenen J, Telega G, Khan F. et al. Epidemiologic and clinical characteristics of children with newly diagnosed inflammatory bowel disease in Wisconsin: A statewide population-based study. *Journal of Pediatrics*. 2003;143(4):525-531. doi: 10.1067/S0022-3476(03)00444-X
- Ouyang R, Tandon R, Goh K, Ooi C, Ogata H, Fiocchi C. The emergence of inflammatory bowel disease in the Asian Pacific region. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2005; 21(4):408-413.
- Thia K, Loftus E, Sandborn W, Yang S. An update on the epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia. *American Journal of Gastroenterology*. 2008;103(12):3167-3182. doi: 10.1111/j.1572-0241.2008.02158.x.
- González R. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: Weitz J, Berger Z, Sabah S, Silva H, editores. *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas*. Chile: Editorial IKU; 2002.p. 148-154.
- Anton P, Shanahan F. Neuroimmunomodulation in inflammatory bowel disease. How far from bench to bedside?. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1998;840(1): 723-734. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09611.x
- Díaz M, Comeche M, Mas B, Díaz M, Vallejo M. Enfermedad inflamatoria intestinal: depresión y estrategias de afrontamiento. *Apuntes de Psicología*. 2008;26(1):91-102.
- Loftus EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004;126(6):1504-1517. doi: 10.1053/j.gastro.2004.01.063
- Varona L, Collado E, Pinillos A. Terapia cognitivo-conductual en la enfermedad de Crohn. *Norte de salud mental*.

- 2009;8(34):117-123.
16. Bennebroek F, Thijssens N, Stokkers P, Grootenhuis M, Bockting C, Nieuwkerk P. et al. Do inflammatory bowel disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need?. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2012;16(1):68-76. doi: 10.1016/j.crohns.2011.07.006
 17. Graff L, Walker J, Bernstein C. La depresión y la ansiedad en la enfermedad inflamatoria intestinal: una revisión de la comorbilidad y la gestión. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2009;15(7):1105-18. doi: 10.1002/ibd.20873.
 18. García E, Fernández C. Algunos factores predictores en la enfermedad de Crohn. *Psicothema*. 1998;10(1):143-151. 2011;365(18):1713-1725.
 19. Kurina L, Goldacre M, Yeates D, Gill L. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2001;55(10):716-20. doi: 10.1136/jech.55.10.716
 20. Danzi J. Extraintestinal manifestation of idiopathic inflammatory bowel disease. *Archives of Internal Medicine*. 1998;148(2):297-302. doi: 10.1001/archinte.148.2.297
 21. Krunpnick A, Morris J. The long-term results of resection and multiples resections in Crohn's disease. *Seminars in Gastroenterology Disease*. 2000;11(1):41-51.
 22. Hungin A, Whorwell P, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003; 17:643-650.
 23. Brandtzaeg P. Inflammatory bowel disease: clinics and pathology. Do inflammatory bowel disease and periodontal disease have similar immunopathogeneses?. *Acta Odontol Scand*. 2001;59(4):235-243.
 24. Nikolaus S, Schreiber S. Diagnostics of inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. 2007;133:1670-1689.
 25. Quera R, Palma R. Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2008;19(4):331-341.
 26. Ekobom A. The epidemiology of IBD. *Inflamm Bowel Dis*. 2004;10(1):32-34.
 27. Slimming J, Álvarez M, Carvajal S, Lubascher J, Quera R, Vergara M. et al. Aproximación a la realidad nacional en enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastr Latinoam*. 2007;18: 451-463.
 28. Carter MJ, Lobo AJ, Travis S. On behalf of the IBD Section of the British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of IBD in adults. *Gut*. 2004;53(5):1-16.
 29. Vatn MH. Natural history and complications of IBD. *Curr Gastroenterol Rep*. 2009;11(6):481-487.
 30. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a working party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2005;19(1):5-36.
 31. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory Bowel disease: Clinical aspects and established and evolving therapies. *The Lancet*. 2007;369:1641-1657.
 32. Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Management of Crohn's Disease in adults. *Am J Gastroenterol*. 2009. doi: 10.1038/ajg.2008.
 33. Figueroa C, Quera R, Valenzuela J, Jensen C. Enfermedades Inflamatorias Intestinales: experiencia en dos centros chilenos. *Rev Med Chile*. 2005;133:1295-1304.
 34. Pappa HM, Semrin G, Walker TR, Grand RJ. Pediatric inflammatory bowel disease. *Curr Opin Gastroenterol*. 2004;20:333-340.
 35. Yepes I, Carmona R, Díaz F, Marín I. Prevalencia y características demográficas de la enfermedad inflamatoria intestinal en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2010;25(2).
 36. Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. *N Engl J Med*. la 2011;365(18):1713-1725.
 37. López F, Godoy, J. Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*. 1994;6(3):333-345.
 38. Oblitas L. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson; 2003.
 39. Morales D. Efecto predictivo del afrontamiento y frecuencia de crisis sobre la calidad de vida en epilepsia. [Tesis Magister]. Venezuela: Universidad Simón Bolívar. Magister en Psicología; 2009.
 40. Ruiz F. *Calidad de vida en medicina: problemas conceptuales y consideraciones éticas*. Revista Electrónica de Psicología. 2007;11(2).
 41. Schwartzmann L. *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Ciencia y Enfermería. 2003;9(2): 9-21.
 42. Irvine EJ. Quality of life issues in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 1997;92:8-24.
 43. Maunder R, Levenstein S. The Role of Stress in the Development and Clinical Course of Inflammatory Bowel Disease: Epidemiological Evidence. *Current Molecular Medicine*. 2008; 8(4): 247-252. doi: 10.2174/156652408784533832
 44. Schmulson M. Síndrome de colon irritable: ¿Hay una terapéutica eficaz? En Valdovinos M, Milke P, Uscanga L. *Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Basadas en Evidencias*. México: Masson; 2002.
 45. Vinaccia S, Fernández H, Amador O, Tamayo R, Vázquez A, Contreras F. et al. Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de colon irritable. *Terapia psicológica*. 2005;23(2):65-74.
 46. Corney R, Stanton R. Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*. 1990;34(5):483-491. doi: 10.1016/0022-3999(90)90022-V
 47. Sánchez V, Comeche M, Mas Hesse B. Resumen de Entrenamiento en inoculación de estrés en un caso de Síndrome de Intestino Irritable. *Acción Psicológica*. 2002;1(1):71-80.
 48. Whitehead W, Schuster, M. *Gastrointestinal disorders*. Londres: Academic Press; 1985.
 49. Drossman D. Irritable bowel syndrome: The role of psychosocial factors. *Stress Medicine*. 1994;10:49-55.
 50. Dalton C, Drossman D. Diagnostic and treatment of the irritable bowel syndrome. *American Family Physician*. 1998; 5(3):140-149.
 51. Fowlie S, Eastwood M, Ford M. Irritable bowel syndrome: The influence of psychological factors on the symptom com-

- plex. *Journal of Psychosomatic Research*. 1992;2(36):169-173.
52. Hashem M, El-Serag, H. Impact of Irritable Bowel Syndrome: Prevalence and Effect on Health-related Quality of Life. *Gastroenterological Disorders*. 2003;3(2):S-3-S11.
53. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measurement health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118.
54. Tanimoto M, Schmulson M, Ramírez D, Valdovinos M. Prevalencia de trastornos funcionales digestivos en estudiantes de medicina. *Rev. Gastroenterol Mex*. 1995;60(3): 57.
55. Tobón S, Sadin B, Vinaccia S. Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos. Madrid: Klinik; 2005.
56. González M, De Ascencao M. Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos. *Revista de la facultad de medicina de la Universidad Central de Venezuela* 2005;28(2): 139-145.
57. Molano J. Calidad de vida en el síndrome de intestino irritable. *Asociación Colombiana de gastroenterología*. 2003; 18(3):25-27.
58. Hahn BA, Kirchoefer LJ, Fullerton S, Mayer E. Patient-perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms, health resource utilization and quality of life. *Ali-ment Pharmacol Ther*. 1997 Jun;11(3):553-559.
59. Glanek I, Hays R, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer, E. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*. 2000;119:654-660.
60. Naliboff B, Balice G, Mayer E. Psychosocial moderators of quality of life in irritable bowel syndrome. *European Journal Surgery Supplement*. 1998;583:57-59.
61. Whitehead W, Bosmajian L, Zonderman A, Costa P, Schuster M. Symptoms of Psychologic Distress Associated With Irritable Bowel Syndrome. Comparison of Community and Medical Clinic Samples. *Gastroenterology*. 1988;95:709-714.
62. Hardt J, Conrad S, Mucic-Borowski C, Raspe H. Epidemiology of depression and distress in patients with inflammatory bowel disease (IBD) and validation of an indicator scale of perceived stress for psychosocial impairments. *European Psychiatry*. 2011;26(1):2217-2218
63. Duffy L, Zielezny M, Marshall J, Byers T, Weiser M., Phillips J. et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behav Med*. 1991;17:101-110.
64. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano M, Andreoli A, Luzi C. et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:1213-1220.
65. Sewitch M, Abrahamowicz M, Bitton A, Daly D, Wild G, Cohen A. et al. Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2001;96:1470-1479.
66. Iglesias M, Barreiro M, Vázquez I, Piñero M, Figueiras A, Nieto L. et al. Psychologic stress in Crohn's disease an ulcerative colitis: role of gender and clinical activity of the disease. *Gastroenterology*. 2011;140(1):S-787.
67. Mawdsley J, Rampton D. The role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Neuroimmunomodulation*. 2006;13(5-6): 327-336.
68. Ringel Y, Williams RE, Kalilani L, Cook SF. Prevalence, characteristics, and impact of bloating symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(1):68-72.
69. Casellas F, López J, Malagelado J. Experiencia previa y calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal durante los brotes de actividad. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2003;95(7):471-475.
70. Vidal A, Gómez E, Sans M, Portella M, Salamero M, Piqué J. et al. Life events and inflammatory bowel disease relapse: a prospective study of patients enrolled in remission. *The American Journal of Gastroenterology*. 2006;101(4):775-781. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00476.x
71. Yacavone R, Locke G, Provenzale D, Eisen G. Quality of life measurement in gastroenterology: what is available? *The American Journal of Gastroenterology*. 2001;96(2):285-297. doi: 10.1016/S0002-9270(00)02302-9
72. Drossman D, Whitehead W, Toner BB, Diamant N, Hu Y, Bandiwala SI. et al. What determines severity among patients with painful functional bowel disorders? *Am J Gastroenterol*. 2000;95:974-980.
73. DeLegge M. *Nutrition and Gastrointestinal Disease*. Humana Press Inc; 2008.
74. Veitia G, Pernaete B, Cachima L, Manuitt J, La Cruz M, Da Farias A, et al. Prevalencia del síndrome intestino irritable en la población adulta venezolana. *GEN* 2013;67(3):139-144.
75. Moskovitz DN, Maunder RG, Cohen Z, McLeod RS, MacRae H. Coping behavior and social support contribute independently to quality of life after surgery for inflammatory bowel disease. *Disease Colon Rectum*. 2000;43(4):517-521.
76. Crane C, Martin M. Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(1):50-58.
77. García H, Calvanese N. Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal. *Anales de la Universidad Metropolitana*. 2007;7(1):205-222.
78. Han K, Lee P, Lee S, Park E. Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003;35(2):139-144.
79. Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp B. The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*. 2002;25(1):35-42.
80. Urzúa A. Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en patologías médicas crónicas. *Terapia Psicológica*. 2008; 26(2):207-214.
81. Kohler C, Fish L, Greene P. The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*. 2002;21(6):610-614.
82. Navarro A, Bueno B, Delgado J, Mayoral P. Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2006;41(4): 222-227.
83. Sánchez JJ, González, AL. Evaluación de la calidad de

- vida desde la perspectiva psicológica. En: Caballo VE. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide; 2006. p. 473-492.
84. Wahl A, Rustoen T, Hanestad B, Gjengedal E, Moum T. Self-efficacy, pulmonary function, perceived health and global quality of life of cystic fibrosis patients. *Social Indicators Research*. 2005;72:239-261.
85. Collins P, Rhodes J. Ulcerative colitis: diagnosis and management. *BMJ*. 2006;333(7):501-507.
86. Avendaño M, Barra M. Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*. 2008;26(2):165-172.
87. Vallejo M, Comeche M, Ortega J, Rodríguez M, Díaz M. Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*. 2009;2(2):28-34.
88. Rotter J. Generalized Expectancies for internal versus external control reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966;80(609).
89. Michalos A, Zumbo B, Hubley A. Health and the quality of life. *Social Indicators Research*. 2000;51:245-286.
90. Pucheu S, Consoli S, D'Auzac C, Francais P, Issad B. Do Health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;56:317-322.
91. Vinaccia S, Contreras F, Bedoya M, Carrillo L, Cuartas M, López N. et al. Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*. 2004;14(1):31-41.
92. Koloski N, Beyce P, Talley N. Vínculo entre somatización y síndrome de intestino irritable. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2006;18(10):1101-1109.
93. Blanchard E, Lackner J, Gusmano R, Gudlesky G, Sanders K. et al. Prediction of treatment outcome among patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*. 2004;44:317-337.
94. Mahvi-Shirazi M, Fathi-Ashtiani A, Rasoolzade-Tabatabaei SK, Amini M. Irritable bowel syndrome treatment: cognitive behavioral therapy versus medical treatment. *Archives of Medical Science: AMS*. 2012;8(1):123-129. doi:10.5114/aoms.2012.27292.
95. Toner B. Cognitive-Behavioral Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *CNS Spectrums*. 2005;10: 883-890 doi:10.1017/S1092852900019854
96. Rey E. La dieta y el síndrome de intestino irritable ¿no pero sí? ¿sí pero no?. *Anales de Medicina Interna*. 2004;21(12): 575-576.
97. Huerta I, Valdovinos M, Schmulson M. Irritable Bowel Syndrome in Mexico. *Digestive Diseases*. 2001;19:251-257.
98. Smith GD, Watson R, Roger D, McRorie E, Hurst N, Luman W. et al. Impact of a nurseled counselling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;38:152-160.
99. Nordin K, Pahlman L, Larsson K, Sundberg-Hjelm M, Loof L. Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2002;37:450-457.
100. Vavricka S, Rogler G. Fistula treatment: The unresolved challenge. *Dig Dis*. 2010;28(3):556-564. doi: 10.1159/000320416
101. Vázquez I, Romero R, Aguilar J, García I. Trastorno del afecto. ¿Factor de riesgo para padecer trastornos funcionales digestivos?. *Rev Gastroenterol Mex*. 2000;65(1):50.
102. Stolorow R, Atwood G. Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life. Hillsdale: The Analytic Press; 1992.
103. Porcelli P, Taylor G, Bagby R, De Carne M. Alexithymia and functional gastrointestinal disorders: a comparison with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1999;69:263-269.
104. Bouma G, Strober W. The immunological and genetic basis of inflammatory bowel disease. *Nat Rev Immunol*. 2003; 3:521-33.

