



FACULTADE DE ENFERMARÍA

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA.

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS.

ANSIEDADE E DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COLITE ULCEROSA.

Autora: Marina Barcia Rial

Tutor: Emilio Rubén Pego Pérez

Convocatoria: junio 2022

Facultad de Enfermería USC



FACULTADE DE ENFERMARÍA

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Grado en Enfermería

El Proyecto de Fin de Grado titulado: "*Ansiedad y depresión en pacientes con colitis ulcerosa*", ha sido realizado por el/la abajo firmante.

Santiago de Compostela, 28 de mayo de 2022

El/la alumno/a,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'UR Barcia', is centered below the text 'El/la alumno/a,'.

Fdo.: Marina Barcia Rial

Vº Bº

El/la tutor/a

*Firmado por PEGO PEREZ EMILIO
RUBEN - el día 30/05/2022 con un
certificado emitido por AC FNMT
Usuarios*

Fdo.: E. Rubén Pego Pérez

RESUMEN

Introducción: la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es elevada (20% y 15% respectivamente). El nivel y la gravedad de estas varía entre pacientes y supondrán un impacto negativo en su vida diaria.

Objetivos: valorar la calidad de vida de los pacientes con colitis ulcerosa y comorbilidad con ansiedad y/o depresión. Establecer la relación entre el curso de la enfermedad y la sintomatología de ansiedad y depresión. Determinar el punto de vista de los pacientes acerca del manejo de la comorbilidad con ansiedad y/o depresión y las opciones terapéuticas.

Metodología: es una revisión sistemática en la que se seleccionaron estudios publicados entre 2012 y 2022. Los motores de búsqueda y bases de datos empleados fueron PubMed, CINAHL, Dialnet y MEDES.

Resultados: se incluyeron 13 artículos. La calidad de vida de los pacientes con colitis ulcerosa empeora al presentar comorbilidad con ansiedad y/o depresión. Los síntomas de ansiedad y de depresión se asocian con una mayor probabilidad de tener enfermedad activa. Los pacientes reclaman un acceso rápido a intervenciones psicológicas. Existen recomendaciones generales para su manejo y la terapia cognitivo-conductual es una de las mejores opciones.

Conclusiones: la presencia de comorbilidad con ansiedad y/o depresión empeora la calidad de vida a nivel personal, social y laboral y favorece el empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas. Existe un empeoramiento en la sintomatología de la enfermedad, pero es necesario seguir valorando la afectación a nivel de la inflamación de la mucosa. Además del manejo de los síntomas físicos, se reivindica la valoración de aspectos psicológicos. Se debe promover el tratamiento multidisciplinar y el acceso a terapias como la cognitivo-conductual.

Palabras clave: colitis ulcerosa; calidad de vida; depresión; ansiedad; intervenciones; terapia.

ABSTRACT

Introduction: the prevalence of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease is high (20% and 15% respectively). The level and severity of these vary between patients and will have a negative impact on their daily life.

Objectives: to assess the quality of life of patients with ulcerative colitis and comorbidity with anxiety and/or depression. To establish the relationship between the course of the disease and the symptoms of anxiety and depression. To determine the patients' point of view on the management of comorbidity with anxiety and/or depression and the therapeutic options.

Methodology: this is a systematic review in which studies published between 2012 and 2022 were selected. The search engines and databases used were PubMed, CINAHL, Dialnet and MEDES.

Results: 13 articles were included. The quality of life of patients with ulcerative colitis worsens when presenting comorbidity with anxiety and/or depression. Symptoms of anxiety and depression are associated with an increased probability of having active disease. Patients demand prompt access to psychological interventions. There are general recommendations for management and cognitive behavioural therapy is one of the best options.

Conclusions: the presence of comorbidity with anxiety and/or depression worsens the quality of life at personal, social and occupational levels and favours the use of maladaptive coping strategies. There is a worsening of disease symptomatology, but further assessment of mucosal inflammation is necessary. In addition to the management of physical symptoms, the assessment of psychological aspects is demanded. Multidisciplinary treatment and access to therapies such as cognitive-behavioural therapy should be promoted.

Keywords: ulcerative colitis; quality of life; depression; anxiety; interventions; therapy.

RESUMO

Introdución: a prevalencia de ansiedade e depresión en pacientes con enfermidade inflamatoria intestinal é elevada (20% e 15% respectivamente). O nivel e a gravidade destes varían entre os pacientes e terán un impacto negativo na súa vida diaria.

Obxectivos: valorar a calidade de vida dos pacientes con colite ulcerosa e comorbilidade con ansiedade e/ou depresión. Establecer a relación entre o curso da enfermidade e a sintomatoloxía da ansiedade e depresión. Determinar o punto de vista dos pacientes sobre o manexo da comorbilidade con ansiedade e/ou depresión e as opcións terapéuticas.

Metodoloxía: é unha revisión sistemática na que se seleccionaron estudos publicados entre 2012 e 2022. Os motores de busca e bases de datos empregados foron PubMed, CINAHL, Dialnet e MEDES.

Resultados: incluíronse 13 artigos. A calidade de vida dos pacientes con colite ulcerosa empeora ao presentar comorbilidade con ansiedade e/ou depresión. Os síntomas de ansiedade e depresión están asociados cunha maior probabilidade de ter enfermidade activa. Os pacientes demandan acceso rápido ás intervencións psicolóxicas. Existen recomendacións xerais para a súa xestión e a terapia cognitivo-conductual é unha das mellores opcións.

Conclusións: a presenza de comorbilidade con ansiedade e/ou depresión empeora a calidade de vida a nivel persoal, social e laboral e favorece o uso de estratexias de afrontamento desadaptativas. Existe un empeoramento dos síntomas da enfermidade, pero é necesario seguir avaliando a afectación a nivel de inflamación da mucosa. Ademais do manexo dos síntomas físicos, reivíndicase a valoración de aspectos psicolóxicos. Debe promoverse o tratamento multidisciplinar e o acceso a terapias como a cognitivo-condutual.

Palabras clave: colite ulcerosa; calidade de vida; depresión; ansiedade; intervencións; terapia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS	4
3.1. OBJETIVO GENERAL	4
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4. METODOLOGÍA	4
4.1. SELECCIÓN DE ESTUDIOS.....	5
4.2. TIPO DE PARTICIPANTES	5
4.3. TIPOS DE INTERVENCIONES	5
4.4. MEDIDAS DE DESENLACE	6
5. RESULTADOS	6
5.1. RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	6
5.2. RESULTADOS POR OBJETIVOS	14
6. DISCUSIÓN	17
7. CONCLUSIONES	20
8. BIBLIOGRAFÍA	21
9. ANEXO	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Bases de datos/ Motores de búsqueda	5
Tabla 2. Descripción de los estudios incluidos	9

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultados de selección de artículos	13
--	----

1. INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU), junto con la enfermedad de Crohn (EC), se incluye en el grupo de enfermedades inflamatorias intestinales (EII) y se define como una patología crónica que afecta principalmente a la mucosa del colon y del recto produciendo inflamación y ulceración. Su etiología es compleja y, hasta el momento, desconocida, sin embargo, diversos estudios apuntan a que factores genéticos, cambios en el medioambiente y en el sistema inmunológico puedan ser los principales factores de riesgo.¹

La enfermedad cursa por brotes (fase activa) de mayor o menor intensidad y por períodos de remisión. Durante la fase activa, los signos y síntomas más comunes son: dolor abdominal, diarrea, tenesmo y sangre y/o pus en heces. En esta fase, el objetivo principal es el control de los síntomas y evitar las posibles complicaciones (hemorragia digestiva baja, perforaciones, cáncer colorrectal...). Para ello, es necesario el compromiso por parte del paciente en la adherencia al tratamiento (aminosalicilatos, corticoides, fármacos biológicos, entre otros), seguir una dieta variada y equilibrada, así como acudir a las consultas de seguimiento. Sin embargo, la CU evoluciona de manera diferente en función del paciente y, en caso de fracaso del tratamiento, se requiere cirugía. Lo anteriormente mencionado provocará un impacto en la vida del paciente por lo que será necesario un abordaje multidisciplinar.^{1,2}

Según un estudio publicado en la Revista Española de Salud Pública, analizando la prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas, en 2016 se estimó una prevalencia de CU de un 0,39%.³ Además, la incidencia en España ha aumentado dado que en el 2011 era de 5,8 casos/100.000 habitantes al año y en 2017 de 8/100.000.^{2,4} Su diagnóstico se suele establecer a edades tempranas, entre los 15 y 30 años y, al tratarse de años de constantes cambios y de gran actividad a nivel personal, el impacto en el estilo de vida es mayor. Es necesario indagar sobre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social de cada paciente dada su relevancia en el curso de la enfermedad. De hecho, la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) afirma que la susceptibilidad a trastornos psicológicos es mayor que en la población general, entre ellos, la ansiedad (20% de los pacientes diagnosticados de EII) y la depresión (15%).^{5,6}

La ansiedad se manifiesta por sentimientos o emociones de temor, aprensión y miedo, mientras que la depresión por sentimientos de tristeza, melancolía, sensación de abatimiento, entre otros y,

para ser considerados como tal, la reacción ha de ser exagerada y no la esperada ante cualquier situación que pueda surgir en el curso de la enfermedad.^{7,8} El momento del diagnóstico, los brotes y la necesidad de hospitalización o cirugía supondrán un mayor riesgo para su desarrollo.⁵

El nivel y gravedad de la ansiedad y la depresión variarán de un paciente a otro y, por tanto, las consecuencias en la vida diaria serán diferentes. Todo ello influirá negativamente en el entorno personal, laboral y social del mismo. Además, las alteraciones psicológicas interferirán en la propia enfermedad, lo que a su vez dará lugar a que el paciente recurra con mayor frecuencia a los servicios sanitarios. Esto implica un incremento de los costes indirectos y directos de la EII, que en España se estima que son de 1.083 millones de euros al año. Por lo tanto, además de tener en cuenta la afectación física, es de gran relevancia valorar la posibilidad de que comorbilice con patología psicológica.^{2,9}

Por todo lo anterior, este trabajo analizará el impacto psicológico que supone el padecer CU. En concreto, valorando la repercusión de la comorbilidad con ansiedad y/o depresión en la calidad de vida (CV) de los pacientes y en el curso de la enfermedad. Se indicarán las recomendaciones y propuestas de opciones terapéuticas ante esta situación.

2. JUSTIFICACIÓN

La probabilidad de desarrollo de trastornos psicológicos en pacientes diagnosticados de CU es mayor que en la población general. En ocasiones la respuesta adaptativa a la enfermedad puede no llegar a ser la esperada ante esa situación y afectar a la salud mental del paciente. Se estima que alrededor de un 20% comorbiliza con ansiedad y un 15% con depresión.^{2,5}

El diagnóstico de una CU supone un cambio en el estilo de vida, por ello, es de importancia hacer una valoración desde la perspectiva biopsicosocial. Algunos pacientes dejarán de acudir a actividades cotidianas debido a la incapacidad que generan los síntomas. Además, durante el primer año del diagnóstico de una EII, un tercio de los pacientes precisarán ingreso hospitalario, lo que perjudicará a la educación y al proceso de socialización, sobre todo en menores. En el año 2019, se dieron un total de 12.261 altas hospitalarias por EC y CU en España, de las cuales 1.544 correspondían al rango de edad de 15 a 24 años. A nivel laboral, en función de la gravedad de los síntomas, será necesario que otro miembro de la familia se ocupe de los ingresos. La afectación

en todas estas esferas supondrá un cambio donde la familia es un pilar fundamental para su mejora.^{2,4,10}

La actuación terapéutica variará en función de las necesidades del paciente, pero en aquellos diagnosticados de ansiedad y depresión, será más compleja porque, en general, optarán por medidas que interferirán en el proceso de mejora. En concreto, algunos de ellos tendrán actitudes pasivas (p.ej. dejar de tomar el tratamiento, no acudir a las revisiones, entre otros) o, lo que sería peor, mantener conductas nocivas (consumo de tabaco o alcohol). Un mal ajuste incrementará el uso de recursos sanitarios, que supone un 1.8% del gasto sanitario público español. En concreto, el porcentaje de los costes directos es de 53.5% (579 millones de euros) y los indirectos 46.5% (504 millones).^{2,9}

Todos los miembros del equipo desempeñarán un papel importante en el tratamiento de la enfermedad, en concreto, el rol de enfermería será adaptar al paciente a la nueva situación haciendo un seguimiento y realizando educación sanitaria. Una mayor formación en este ámbito favorecerá la capacidad del profesional para llegar mejor al paciente.²

En relación con las bases de datos/motores de búsqueda empleados para la realización de este trabajo, PubMed es uno de los mayores motores de búsqueda de biomedicina que tiene acceso gratuito. Incluye más de 34 millones de referencias y contiene un apartado en el que se especifican los términos de búsqueda (MESH), que permiten una mayor concreción para obtener información. CINAHL es otra de las bases de datos internacionales con gran impacto en enfermería, además de contener información de otras áreas relacionadas con la salud. Dialnet es la base de habla hispana con gran impacto a nivel mundial que alberga información de revistas tanto científicas como humanísticas en la que colaboran bibliotecas de universidades españolas e hispanoamericanas. MEDES es otra de las bases de datos de acceso gratuito que contiene más de 70.000 registros bibliográficos con información acerca de las ciencias de la salud. Todas ellas son de gran importancia dado que la información incluida se actualiza continuamente.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- 3.1.1.** Valorar la calidad de vida de los pacientes con colitis ulcerosa y comorbilidad con ansiedad y/o depresión.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1.** Establecer la relación entre el curso de la enfermedad y la sintomatología de ansiedad y depresión.
- 3.2.2.** Determinar el punto de vista de los pacientes acerca del manejo de la comorbilidad con ansiedad y/o depresión y las opciones terapéuticas.

4. METODOLOGÍA

Se trata de una revisión sistemática basada en el Manual Cochrane. Las bases de datos/metabuscadores empleados fueron PubMed, CINAHL, Dialnet y MEDES (tabla 1).

Con el fin de establecer un marco conceptual del tema a tratar, se hizo una búsqueda preliminar en bases de datos, así como en páginas web de organismos de salud, tales como el Ministerio de Sanidad, en portales de asociaciones para enfermos con EII como la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) y en el Instituto Nacional de Estadística (INE) entre otros. En esta búsqueda se incluyeron documentos con información acerca de la definición de la CU, etiología, clínica y curso, tratamiento, prevalencia e incidencia. Además, se definieron los conceptos de ansiedad y de depresión y su prevalencia en los pacientes con CU, se establecieron los factores de riesgo para su desarrollo y se indicaron las cifras de los costes sociales y sanitarios (directos e indirectos) que supone el padecer una CU.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron “anxiety”, “depression”, “ulcerative colitis”, “quality of life” y “symptoms” así como sus correspondientes en castellano.

Tabla 1. Bases de datos/ Motores de búsqueda

Motores de búsqueda/ Bases de datos	Organismo	Dominio	Filtros
PubMed	National Institutes of Health's National Library of Medicine	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/	Disponibilidad: full text (FT) Fecha de publicación: the last 10 years Especies: humans
CINAHL	EBSCO industries	https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database	Fecha de publicación: 2012-2022
Dialnet	Universidad de la Rioja	https://dialnet.unirioja.es/	Tipo de documento: artículo de revista Criterio de inclusión: publicaciones entre 2012 y 2022
MEDES	Fundación Lily	https://medes.com/Public/Home.aspx	Criterio de inclusión: publicaciones entre 2012 y 2022

4.1. SELECCIÓN DE ESTUDIOS

En esta revisión sistemática se incluyeron estudios transversales, de cohortes, revisiones sistemáticas, revisiones y, como artículo de conveniencia, una carta científica. Se estableció que debían haber sido publicados entre 2012 y 2022; el idioma podía ser inglés, francés, castellano o gallego; debían estar terminados y tener acceso al texto completo.

4.2. TIPO DE PARTICIPANTES

Los participantes de los estudios incluidos eran adolescentes y adultos con EII.

4.3. TIPOS DE INTERVENCIONES

- Analizar la afectación de la ansiedad y la depresión a la CV y curso de la EII.
- Valorar la perspectiva de los pacientes acerca del impacto psicológico de la enfermedad y su manejo.

- Establecer las recomendaciones e intervenciones realizadas ante la presencia de la comorbilidad con ansiedad y/o depresión.

4.4. MEDIDAS DE DESENLACE

Los artículos debían tratar el tema de la CU desde una perspectiva relacionada con el terreno psicológico, social y psicoterapéutico. Se excluyeron aquellos artículos que asociaban la comorbilidad de ansiedad y depresión con el tratamiento con fármacos específicos, con la infección por COVID-19 y los que se centraban más en la repercusión del estrés y en el síndrome de intestino irritable. También se incluyeron aquellos artículos que indicaban:

- El diagnóstico de una CU aumenta la probabilidad de padecer ansiedad y/o depresión.
- La ansiedad y la depresión afectan negativamente a la CV de los pacientes con CU.
- El curso de la CU empeora al presentarse comorbilidad con ansiedad y/o depresión.
- Los pacientes reclaman una mejora en el manejo de los aspectos psicológicos.
- Recomendaciones e intervenciones para el manejo de la comorbilidad.

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En la base de datos de PubMed con la siguiente combinación de palabras clave “(anxiety) AND (depression) AND (ulcerative colitis) AND (quality of life)” se encontraron 185 resultados. Aplicando el filtro de “full text” se obtuvieron 171 resultados. Añadiendo “publication date: last 10 years” el número de artículos se redujo a 135 que, tras indicar en el apartado de especies el filtro “human”, finalmente el total de artículos fue de 109. Tras la lectura del título y el resumen y observar que se relacionaban con el tema a estudio se seleccionaron 21 artículos para su lectura. De estos, 7 se excluyeron dado que se observó que se centraban más en otros trastornos psicológicos, en el estrés y en otros factores de la vida diaria que afectaban a la CV y menos en la ansiedad y la depresión. Además, se excluyeron 2 por relacionar la comorbilidad con la afectación al sistema nervioso y con biomarcadores específicos de la EII. Otros 2, asociaban la relación exclusivamente con terapias específicas. Uno de ellos, se centraba en la prevalencia y no valoraba la relación con la CV. También se descartaron 2 ya que las muestras de pacientes tenían

unas características específicas y los resultados finales no eran extrapolables al resto de la población. Por tanto, mediante esta búsqueda se incluyeron 7 artículos de PubMed.

Con estos mismos términos de búsqueda, en la base de datos CINAHL se obtuvieron 36 resultados que, tras aplicar el rango temporal 2012-2022 se redujo a 29 artículos. De estos, tras la lectura de título y resumen, se seleccionaron 8. De ellos, 2 se excluyeron porque los resultados obtenidos no eran generalizables y no permitían la comparación entre estudios. Además, se descartó otro por no permitir el acceso completo a toda la información. Al encontrarse repetidos en PubMed y por los mismos criterios mencionados anteriormente 3 artículos fueron eliminados. Finalmente se incluyeron 2 artículos que presentaban duplicidad con PubMed.

En Dialnet con las mismas palabras clave, con su traducción al español, se obtuvieron 13 resultados. Tras aplicar el filtro “artículo de revista” se redujo a 4 documentos. Estos artículos cumplían con el margen de tiempo de “últimos 10 años”, sin embargo, solo uno de ellos presentaba todas las características de inclusión y se añadió al apartado de resultados.

Empleando la combinación de palabras clave “(anxiety) AND (depression) AND (ulcerative colitis) AND (symptoms) NOT (stress OR fatigue)” en la base de datos de PubMed se obtuvieron 167 resultados que, tras aplicar el filtro “full text” se redujeron a 154. Indicando que debía de ser en los “últimos 10 años” se acotaron a 115 y, añadiendo que el filtro “humans” en total la búsqueda final fue de 87 artículos. De estos, tras la lectura de título y resumen, se seleccionaron 19, de los cuales se excluyeron 13 por los mismos criterios mencionados anteriormente, por estar 2 de ellos repetidos y además uno de ellos se centraba únicamente en la relación de la ansiedad y la depresión con la productividad laboral. Por consiguiente, 6 cumplían con todos los criterios para su inclusión, pero 2 de ellos eran artículos recogidos mediante la anterior combinación de palabras.

Con estos términos de búsqueda en CINAHL se obtuvieron 26 resultados que, tras ser ajustados por el rango de tiempo de 2012-2022, se redujeron a 22. De estos, 8 cumplían los criterios, pero 4 de ellos estaban repetidos en la base de datos de PubMed y tras su lectura se descartaron otros 2 por no cumplir los criterios de inclusión y por centrarse en la relación de ansiedad y depresión con marcadores genéticos. Únicamente se seleccionaron 2 de ellos, que también se encontraban duplicados en la base de datos de PubMed.

Aplicando estos términos de búsqueda con su traducción al español en la base de datos de Dialnet se obtuvo 1 resultado que no se incluyó por no ser un artículo de revista al aplicar el filtro.

En la base de datos de MEDES se encontró un artículo de conveniencia que, dado que cumplía con los criterios de inclusión y que se relacionaba con el tercer objetivo del trabajo, decidió añadirse al apartado de resultados.

El total de artículos seleccionados fue de 18, de los cuales 5 fueron eliminados por su duplicidad, quedando con un resultado de 13 artículos. Lo anterior se resume en el diagrama de flujo (figura 1).

Tabla 2. Descripción de los estudios incluidos

Autor y año	Tipo de estudio	Muestra	Metodología	Resultados	Relación con los objetivos
Barreiro-de Acosta et al., 2018 ⁵	Revisión	36 referencias	En una reunión en la que participaron médicos, psicólogos, enfermeras y representantes de pacientes, todos ellos expertos en EII, se presentaron los resultados de un grupo focal previo, encuestas a médicos y pacientes y una revisión sistemática sobre instrumentos de cribado de ansiedad y depresión. Tras ello se realizó una discusión guiada y se diseñó un documento con recomendaciones, así como una encuesta Delphi, la cual fue enviada a un grupo de expertos de GETECCU para establecer el grado de apoyo a las recomendaciones establecidas. Finalmente se elaboró un documento en el que se establecieron: recomendaciones para la prevención e identificación, el manejo en consulta, criterios de derivación y acciones o actitudes que no deberían adoptarse.	Los pacientes con EII y alteraciones psicológicas no controladas piden ayuda sanitaria con más frecuencia, su adherencia al tratamiento es menor y tienen una peor percepción de su CV. Entre las recomendaciones de manejo se destaca debe valorarse factores de riesgo de depresión y ansiedad o estrés en el entorno personal, laboral y social del paciente. Los síntomas de ansiedad y depresión graves son criterios de derivación a un especialista de salud mental. Además, como actitudes a evitar, se establece el mostrar una actitud nihilista ante los problemas psicológicos de los pacientes.	3
Iglesias-Rey et al., 2014 ¹¹	Estudio transversal prospectivo	875 sujetos de los cuales 793 aceptaron participar (323 con EC y 470 con CU)	Los datos se recogieron entre enero de 2009 y junio de 2010. Se empleó la regresión logística para establecer los factores asociados a la percepción de la CV. Variables independientes se midieron a través de cuestionarios sociodemográficos y clínicos, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Percieved Stress Scale (PSS) y cuestionario COPE. Variables dependientes se midieron a través de Short Form Health Survey (SF-36) e Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-36).	Las variables psicológicas (ansiedad, estrés y síntomas depresivos) son determinantes en el concepto de CV de los pacientes y contribuyen a su deterioro. Tanto los síntomas de ansiedad como de depresión explican la percepción del estatus físico y de salud general.	1

Dubinsky et al., 2021 ¹²	Revisión sistemática	79 estudios	Se incluyeron artículos con disponibilidad “full text”, entre el 1 de enero de 2003 y el 14 de junio de 2018. La búsqueda se realizó en MEDLINE y en Embase y se eligieron, siguiendo el criterio PICOS, aquellos estudios de pacientes con EII y ansiedad o depresión. Se examinó el impacto de la comorbilidad sobre la CV y la carga económica. También se evaluaron, ante la presencia de comorbilidad, las intervenciones no farmacológicas y las necesidades clínicas no satisfechas específicas de la EII.	Independientemente de la actividad de la enfermedad, la comorbilidad reduce los niveles de CV en los pacientes con EII (se emplean los cuestionarios IBDQ y su versión acortada S-IBDQ). Además, el riesgo de hospitalización se incrementa. A nivel laboral, la ansiedad y la depresión se asocian a un menor rendimiento y el desempleo es un factor de riesgo para su génesis (valorado a través de Work Productivity and Activity Index (WPAI)). El porcentaje de pacientes que reciben ayuda psicológica (tratamiento por profesionales de salud mental y terapias en grupo) cuando lo precisan es bajo. Se ha establecido la terapia cognitivo-conductual como una de las medidas de tratamiento con mejores resultados de ante estos casos.	1,3
Nahon et al., 2012 ¹³	Estudio de cohortes	1663 sujetos (63,9% con EC y 37,1% con CU o colitis indeterminada)	De diciembre de 2008 a junio de 2009 se cubrió un cuestionario sobre los factores psicológicos, socioeconómicos y la adherencia al tratamiento. Se empleó la escala HADS. Para analizar las variables cuantitativas se empleó la prueba t de Student y el análisis de varianza (ANOVA). En relación con las cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado y el test de Fisher.	Existen diferentes factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad y de depresión en pacientes con EII: la actividad de la enfermedad, la severidad de esta y la deprivación socioeconómica son los principales.	1
López-Sanromán et al., 2017 ¹⁴	Estudio de cohortes	585 sujetos con CU	Entre junio y septiembre de 2014 los participantes cubrieron el cuestionario UC-LIFE. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas fueron descritas como frecuencias o porcentajes. Para el análisis bivariado simple de grupos independientes se usó el test de Student. Para la comparación de proporciones se empleó el chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. El análisis se realizó con el software SPSS.	El 79,3% de los pacientes refieren que “a veces” la CU les impide tener una vida normal. Informan que la CU deteriora su autoconfianza y consideran la ansiedad y la depresión como los principales factores emocionales. A nivel de consulta manifiestan que el médico se centra más en la sintomatología de la enfermedad y no se centran en los valores emocionales.	1,3

Fu et al., 2020 ¹⁵	Estudio transversal	199 sujetos (56,8% con EC y 43,2% con CU)	Los datos se recogieron entre diciembre de 2016 y marzo de 2018 y se cubrieron los siguientes cuestionarios: IBDQ, HADS, Simple Clinical Colitis Activity Index (SCCAI) y Social Support Rating Scale (SSRS). Se utilizaron estadísticas descriptivas y correlaciones de Pearson para resumir datos y el análisis PROCESS para examinar el efecto de mediación preespecificado.	La actividad de la enfermedad no es el único factor que contribuye al deterioro de la CV de los pacientes, sino que indirectamente los síntomas de ansiedad y/o depresión también lo harán. El índice de actividad de la enfermedad es un factor que correlaciona positivamente con la ansiedad y depresión.	1,2
Rivero et al., 2019 ¹⁶	Estudio transversal	103 sujetos (57 con EC y 46 con CU)	En este estudio se empleó la escala HADS, el inventario de depresión de Beck (BDI-II), el Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) y la versión española del IBDQ (CCVEII-36) entre otros. Se analizó la asociación entre las estrategias de afrontamiento al estrés con la sintomatología emocional y la CV, así como las diferencias en estos factores en pacientes con EC y CU. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS. Se halló media, moda, mediana, desviación típica, asimetría, curtosis, frecuencias y porcentajes, además de correlaciones bivariadas de Pearson y pruebas t de Student.	La valoración de la CV es un factor a tener en cuenta en los pacientes con EII y las estrategias de afrontamiento al estrés influirán en su percepción. Los pacientes con ansiedad y depresión tienden a emplear estrategias desadaptativas, entre ellas, la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta, que se asocian con una peor percepción de la CV. Sin embargo, el empleo de estrategias activas, como la focalización en la solución de problemas y la estrategia de reevaluación positiva, disminuyen los síntomas depresivos y la sensibilidad a la ansiedad.	1
Marrie et al., 2021 ¹⁷	Estudio de cohortes	247 sujetos (153 con EC y 94 con CU)	Se hizo un seguimiento durante 3 años, se empleó la escala HADS y el índice de Powell Tuck con el fin de valorar la severidad de la CU. Se utilizó la regresión logística, la prueba t de Student, el test de Wilcoxon y Kuruskal- Wallis y el chi cuadrado.	Los pacientes evaluados con enfermedad activa perciben un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión. Aquellos con síntomas de depresión tienen una probabilidad dos veces mayor de tener enfermedad activa en comparación de los que no la padecen.	2
Mikocka-Walus et al., 2016 ¹⁸	Estudio de cohortes	2007 sujetos (56% con EC y 44% con CU)	En este estudio se empleó la escala HADS y para valorar la severidad de la actividad de la CU el Modified Truelove and Witts Severity Index (MTWAI). Se utilizaron técnicas de tiempo de supervivencia para analizar la recurrencia clínica.	Existe una relación significativa entre el padecer síntomas de depresión y la recurrencia clínica de la EII, aunque esta es menos evidente en pacientes con síntomas de ansiedad. En aquellos pacientes que presentan síntomas relevantes de padecer ansiedad/depresión, el período para presentar una nueva recaída es menor.	2

Mules et al., 2022 ¹⁹	Estudio de cohortes	172 sujetos (107 con EC y 65 con CU)	Entre febrero de 2019 y diciembre de 2020 se recogieron datos acerca de la inflamación de la mucosa (UCEIS, calprotectina fecal, proteína C-reactiva), la actividad sintomática (SCCAI), la sintomatología psicológica (Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)) y la CV (IBDQ-32). Mediante ANOVA y análisis multivariable se estudiaron las asociaciones entre las diferentes variables.	No se observa relación entre los pacientes que presentan comorbilidad con ansiedad/depresión y la actividad endoscópica de la CU. Sin embargo, sí que existe una asociación entre el incremento de los niveles de ansiedad/depresión y el empeoramiento de los síntomas de la enfermedad.	2
Gracie et al., 2016 ²⁰	Estudio de cohortes	356 sujetos (191 con EC y 165 con CU)	Entre noviembre 2012 y junio 2015. Se empleó la escala HADS, la calprotectina fecal y el SCCAI. Mediante regresión logística se realizó un análisis para determinar la asociación entre síntomas, inflamación de la mucosa y comorbilidad psicológica. Se utilizó el chi-cuadrado y la t de Student. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.	En los pacientes con CU, los mayores niveles de ansiedad y/o depresión se asocian con un incremento de los síntomas de la enfermedad.	2
Gao et al., 2021 ²¹	Estudio transversal	341 sujetos (221 con EC y 120 con CU)	Entre septiembre de 2017 y diciembre de 2019 se recogieron datos sobre la HADS, el índice de Mayo y el índice de gravedad a nivel endoscópico (UCEIS). Los datos se analizaron con el software SPSS 22.0 y GraphPad Prism 7.0. Se usó el test de Mann-Whitney U para comparar dos grupos de variables continuas y la prueba chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas. Se analizó la regresión logística multivariable con predictores de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con EII.	Los pacientes con CU y ansiedad o depresión obtuvieron una mayor puntuación en el índice de Mayo y en el índice de gravedad a nivel endoscópico (UCEIS) que aquellos que no presenten síntomas de ansiedad o depresión.	2
Gobbo et al., 2018 ²²	Carta científica	7 sujetos (5 con EC y 2 con CU)	Se elaboró un mapa de discusión en el que los sujetos opinaban acerca del impacto emocional, social y laboral, la gestión por parte del médico en la consulta y las necesidades detectadas. El objetivo de los grupos focales en este estudio fue identificar los aspectos específicos que pueden afectar la vida de las personas con EII.	Todos los pacientes entrevistados aseguran que es necesario un rápido y fácil acceso a intervenciones psicológicas en puntos críticos de la enfermedad, centrándose en las esferas ocupacional y emocional.	3

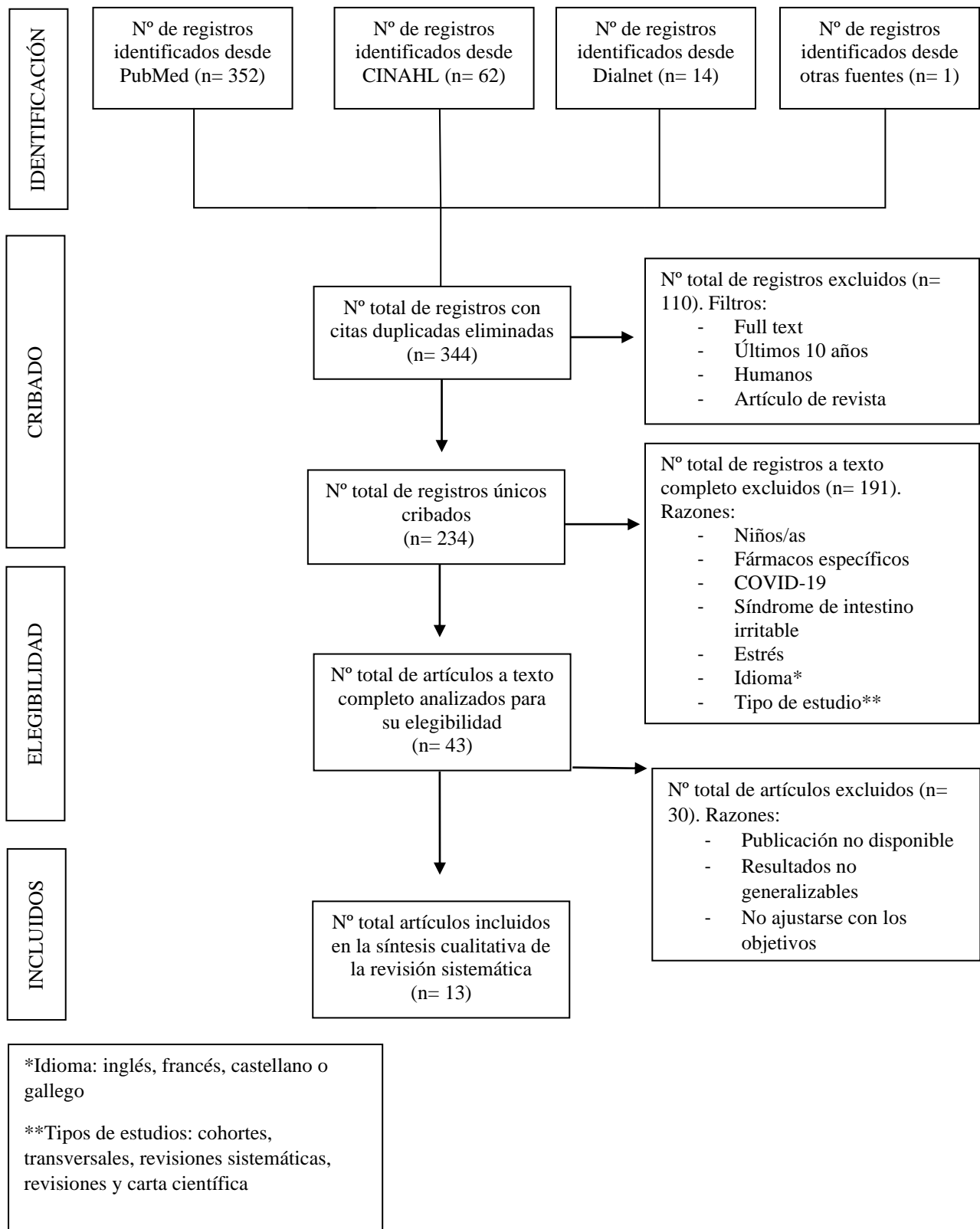


Figura 1. Resultados de selección de artículos

5.2. RESULTADOS POR OBJETIVOS

En relación con el primer objetivo “valorar la calidad de vida de los pacientes con colitis ulcerosa y comorbilidad con ansiedad y/o depresión”, en todos los estudios se observa que la CV de los pacientes con CU empeora al presentar comorbilidad con ansiedad y/o depresión.¹¹⁻¹⁶

Como se indica en el estudio realizado por Iglesias-Rey et al., (2014) en general, la CV de los pacientes con EII es inferior a la del resto de la población. A nivel psicológico, en el estudio, empleando la escala HADS, el 10,5% y el 20,1% de los pacientes incluidos presentan sintomatología de ansiedad y depresión respectivamente. Ambos suponen un factor de riesgo sobre todo en las funciones relacionadas con el bienestar emocional y, teniendo en cuenta que interfieren en la percepción del estado físico, el resto de las esferas también se ven afectadas al presentarse esta comorbilidad.¹¹ Del mismo modo, en la revisión sistemática de Dubinsky et al., (2021) en todos los estudios que analiza se asocia que, independientemente de la actividad de la enfermedad, los síntomas de ansiedad y/o depresión son determinantes en la reducción de los niveles de CV en los pacientes con EII.¹²

Analizando los factores de riesgo para su comorbilidad y, por tanto, que contribuyen al empeoramiento de la CV, se concluye que las recaídas de la enfermedad, el estar incapacitado, desempleado, así como la deprivación socioeconómica son los principales.¹³ En el estudio de López-Sanromán et al., (2017) de los 585 pacientes con CU el 27,7% afirma que la enfermedad les impide alcanzar sus metas en la vida, el 13,9% que interfiere en su trabajo y el 12,7% y 7,7%, que afecta sus relaciones personales y no les permite disfrutar de su tiempo de ocio.¹⁴ Valorando la discapacidad, productividad y empleo se observa que la comorbilidad con ansiedad se asocia con un valor menor del índice de productividad laboral. Los pacientes que comorbilizan con ansiedad refieren perder más horas de trabajo en comparación con los que no la presentan y, aquellos con mayores niveles de depresión, se asocian con mayor discapacidad a nivel laboral.¹² A nivel social, se observa que los pacientes que presentan sintomatología de ansiedad y/o depresión correlacionan negativamente con el apoyo social y la CV.¹⁵

La vida personal, social y laboral de los pacientes con CU se verán afectadas y las estrategias de afrontamiento, ante esta situación, serán claves y también interferirán en la CV. El uso de estrategias de afrontamiento al estrés activas, como la reevaluación positiva (capacidad de centrarse en los aspectos positivos de la situación) se asocia con la mejoría de los niveles de

CV.¹⁶ Sin embargo, estrategias de afrontamiento pasivas como la autofocalización negativa (sentimientos de indefensión, incapacidad, resignación...) o la expresión emocional abierta (expresión continua de sentimientos de ira o tristeza) se asocian con peores niveles de CV. Teniendo en cuenta esto, en el estudio se indica que los pacientes que presentan comorbilidad con ansiedad y depresión emplean estrategias de afrontamiento pasivas y, con ello, contribuyen al empeoramiento de la CV.¹⁶

En relación con el segundo objetivo “establecer la relación entre el curso de la enfermedad y la sintomatología de ansiedad y depresión”, los síntomas de ansiedad y de depresión se asocian con una mayor probabilidad de tener enfermedad activa.^{15,17-21}

Analizando la actividad a través de escalas subjetivas como el índice de Powell Tuck o el SCCAI entre otros, los síntomas elevados de ansiedad y depresión se asocian a una mayor probabilidad de tener enfermedad activa.^{15,17} De hecho, los síntomas de depresión se asocian con el doble de probabilidad de tener enfermedad activa, aspecto que es menos evidente en aquellos pacientes con comorbilidad con ansiedad.¹⁷ Del mismo modo, la actividad de la enfermedad se correlaciona positivamente con los elevados niveles de ansiedad y depresión puesto que, las manifestaciones clínicas de la enfermedad suponen visitas al médico frecuentes, mayor riesgo de hospitalizaciones y, con ello, una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en la salud mental.¹⁵ Además, se observa una relación significativa entre los síntomas de depresión y la recurrencia clínica a lo largo del tiempo, menos evidente en los pacientes con síntomas de ansiedad. Por ello, los pacientes con síntomas de depresión y ansiedad (en menor medida) tienen un período más corto de recurrencia clínica que aquellos que no presentan comorbilidad psicológica.¹⁸

Por otro lado, en otros estudios se analiza la actividad de la enfermedad combinando los aspectos subjetivos, como son los índices anteriormente mencionados, con aspectos objetivos como son los biomarcadores de inflamación de la mucosa (endoscopia, calprotectina fecal, proteína C-reactiva). Se confirma que la presencia de sintomatología intestinal se relaciona significativamente con síntomas de ansiedad y depresión.¹⁹⁻²¹ Además de la manifestación de enfermedad clínicamente activa por parte de los pacientes, la inflamación de la mucosa sí que se ha asociado con mayores niveles en la sintomatología de ansiedad y de depresión. La patología psicológica infratratada incrementa la probabilidad de empeoramiento del curso de la enfermedad.²¹

En relación con el tercer objetivo “determinar el punto de vista de los pacientes acerca del manejo de la comorbilidad con ansiedad y/o depresión y las opciones terapéuticas”, los pacientes reclaman una mejora en el proceso de atención a la patología psicológica.^{12,14,22}

En cuanto a la opinión de los pacientes acerca del manejo en la consulta de la CU, refieren que los profesionales se centran más en el estrés y la CV y menos en las emociones.²² Además, afirman que los médicos se preocupan por ellos y por los síntomas de la enfermedad principalmente, pero indican que pocas veces se centran en aspectos relacionados con el impacto en las relaciones personales, el trabajo o la salud emocional. Todos están de acuerdo en que es necesario un acceso rápido a intervenciones psicológicas en puntos críticos de la enfermedad.¹⁴ Los pacientes consideran que no reciben ayuda sanitaria cuando ellos perciben que es necesario.¹²

En el estudio de Barreiro-de Acosta et al., (2018) se indican las recomendaciones generales para el manejo de esta situación (anexo 1). En este se establece la necesidad de valorar los factores de riesgo para la génesis de depresión y ansiedad y, aunque el seguimiento de la patología psicológica es importante, la atención debe centrarse en estadios específicos de la enfermedad como son el momento del diagnóstico, la necesidad de hospitalización o cirugía y durante las recaídas. Además, se enumeran los criterios para la derivación a un especialista de salud mental y, entre ellos, se incluye la presencia de depresión y ansiedad severa.⁵

En relación con una de las terapias empleadas en esta situación, se ha establecido que la terapia cognitivo-conductual, tanto individual como en grupo, reduce los niveles de ansiedad y de depresión en estos pacientes. En concreto, en la terapia cognitivo-conductual individual se observa un descenso de los niveles de ansiedad y de depresión de 37,5% y 25% en el inicio de la terapia a 10,4% y 4,2% tras 3,5 meses de seguimiento. Además, se han analizado otro tipo de terapias tales como una intervención de tratamiento conductual de un día que incluía varias fases, entre ellas, la realización de mindfulness y la educación sanitaria sobre EII. En este caso no se observó relación estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas de ansiedad y de depresión en más de la mitad de los pacientes.¹²

6. DISCUSIÓN

La prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con CU es elevada. En todos los estudios incluidos, aun existiendo diferencias en los porcentajes, se estima una proporción superior en comparación con la población general.^{5,11} Las diferencias en los porcentajes establecidos se deben al tipo de muestra, tanto en el número de pacientes incluidos como en las características de inclusión que tiene cada estudio. Para la estimación de los niveles de ansiedad y de depresión, en la mayor parte de los estudios se emplea la escala HADS. Es importante tener esto en cuenta dado que no es un instrumento diagnóstico, sino que evalúa la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva, considerando que una puntuación mayor a 11 en ambas subescalas implica un impacto relevante en la vida diaria. Por ello, existirán variaciones en los porcentajes en función del instrumento empleado para su diagnóstico.^{11,13,15-18,20,21}

En relación con la CV, esta se ve disminuida al padecer comorbilidad con ansiedad y depresión. En general, los pacientes manifiestan un cambio en todas las esferas relacionadas con la CV, percepción que empeorará al presentarse la comorbilidad.¹¹⁻¹⁵ Sin embargo, en el estudio de Iglesias-Rey et. al, (2014) se indica que los pacientes con EII tienen valores inferiores de CV en comparación con la población en general excepto en las esferas física, social y emocional.¹¹ Esto no se relaciona con los resultados del resto de los estudios incluidos. Como se indica en el estudio de Gobbo et al., (2018), a nivel social los pacientes manifiestan que les es difícil hacer planes por el dolor, refieren no poder ir a actividades en las que no haya un baño cerca entre otros.²² Esta diferencia puede estar relacionada con el tipo de cuestionario empleado para medir los niveles de CV. En el cuestionario IBD-Q se valoran 5 dimensiones (síntomas intestinales, síntomas sistémicos, deterioro funcional, deterioro social y función emocional) a través de la perspectiva del paciente en las últimas dos semanas. El período de tiempo en el que se valoran estas dimensiones es corto en comparación con el tiempo de curso de la CU que, como se indica, varía con períodos de actividad y de remisión. Por ello, el poco margen de tiempo podrá ser el motivo por el cual los valores de CV sean, en esas dimensiones, similares a los de la población general y, sabiendo que la comorbilidad con ansiedad y depresión empeora la percepción del estatus físico, estos valores disminuyan considerablemente en aquellos pacientes que en esas dos semanas presentaran algún cambio que perjudicase a su vida diaria. Además, es importante remarcar que la prevalencia de los niveles de ansiedad y depresión varían de 29%-35% en períodos de remisión a 80% y 60% en períodos de exacerbación.¹¹

La mayoría de los estudios establecen los niveles de actividad de la enfermedad con escalas subjetivas (índice de Mayo, SCCAI, entre otros) y no la relacionan con los marcadores de inflamación de la mucosa. A nivel subjetivo, se ha asociado que la actividad de la enfermedad empeora al presentarse comorbilidad con ansiedad y depresión.¹⁷⁻²¹ Es relevante tener en cuenta que en estas escalas se valora el bienestar general y, como se indica, la percepción del estatus físico empeora al presentarse la comorbilidad.¹¹ Para evitar que exista sesgo entre la presencia de sintomatología subjetiva y la verdadera inflamación de la mucosa, en otros estudios se ha analizado objetivamente la actividad de la enfermedad (endoscopia, calprotectina fecal y proteína C-reactiva).¹⁹⁻²¹ En uno de los estudios incluidos, se ha establecido que la presencia de ansiedad y depresión, además de incrementar la probabilidad de tener una mayor puntuación en las escalas subjetivas, aumenta el riesgo de tener enfermedad activa empleándose la escala endoscópica UCEIS.²¹ Sin embargo, en el estudio de Mules et al., (2022) no existe relación significativa entre los síntomas de ansiedad y depresión y la actividad endoscópica de la CU, ni con la proteína C-reactiva y tampoco con las concentraciones de calprotectina fecal. En este estudio únicamente se indica que los síntomas de ansiedad y de depresión incrementan ante la presencia de síntomas intestinales. El resultado está en contraste con el otro estudio y esto puede ser debido al número de pacientes incluidos en la muestra (inferior al resto) y al tiempo de seguimiento de los cambios en los niveles de calprotectina fecal (6 meses).¹⁹ Lo mismo sucede con el estudio de Gracie et al., (2016), en este caso existe un período de casi 3 años de seguimiento, pero en comparación con el estudio de Gao et al., (2021), la inflamación de la mucosa únicamente se valora a través de la calprotectina fecal.^{20,21} De todos modos, la presencia de síntomas intestinales no asociados a la inflamación de la mucosa deberá ser un aspecto a valorar dado que puede ser de origen multifactorial. Por tanto, la realización de más estudios en los que se valore la relación de la inflamación de la mucosa con la presencia de comorbilidad de ansiedad y depresión en los pacientes con CU permitirá comparar una mayor parte de los resultados y evitar la presencia del sesgo de la opinión propia del paciente.¹⁹

Los pacientes manifiestan miedos que interfieren en su CV, tales como el miedo a las rehospitalizaciones, a la incontinencia fecal en público o la necesidad de tener que ser intervenido quirúrgicamente, entre otros.¹⁴ Aunque afirman que a nivel de consulta se tratan temas relacionados con la CV o los factores estresantes, estos remarcan la importancia de centrarse en aspectos emocionales.²² En los momentos que se presenta comorbilidad con ansiedad y depresión, no es fácil un acceso rápido a intervenciones psicológicas, de hecho, las

cifras de pacientes que reciben ayuda son mínimas. Las manifestaciones de los pacientes concuerdan con las cifras obtenidas en el estudio de Dubinsky et al., (2021) en el que se indica que únicamente el 17% de las visitas para pacientes con ansiedad y depresión tienen documentación de necesidad de ayuda psicológica. Además en relación con aquellos que presentaban depresión solo el 13,2% habían acudido a grupos de autoayuda en los primeros 12 meses.¹² Para ello, como se indica en el estudio de Barreiro-de Acosta et al., (2018) se establecen las recomendaciones a seguir para identificar problemas psicológicos, los criterios para la derivación a profesionales de salud mental y el manejo de estas situaciones por profesionales expertos en EII (médicos, enfermeras...).⁵ Esto es relevante ya que se enfoca el manejo de la CU e incluso la EC desde el punto de vista biopsicosocial. Sin embargo, este estudio tiene la limitación de que no existe una evidencia científica de que todas las propuestas sean igual de efectivas. Por tanto, este estudio es relevante pero las propuestas deberían ponerse en marcha en la práctica clínica. La relación con el paciente y la escucha activa es fundamental para la identificación y el manejo de los problemas psicológicos, lo que favorecerá la adherencia al tratamiento y el pronóstico.⁵

Además de la valoración y el manejo de los aspectos psicológicos en la consulta, se ha visto que el acceso a terapias para el manejo de la ansiedad y depresión son efectivas para su mejoría. En concreto, en la terapia cognitivo-conductual tanto individual como en grupo mejora los niveles de ansiedad y depresión. Tras un tiempo acudiendo a la terapia se observa una mejora en los dominios emocional, sistémico y en aspectos mentales de la CV, pero no en los dominios social y físico.¹² Por ello, además del acceso a terapias es importante continuar con el seguimiento del curso de la enfermedad. Todo contribuye, un manejo biopsicosocial reducirá el riesgo de ingresos hospitalarios, el número de visitas a los servicios de urgencias, mejora en la adherencia al tratamiento, entre otros.¹² Disminuir el riesgo de desarrollo de ansiedad y depresión en pacientes con CU y propiciar una mejora en la CV de los pacientes, serán objetivos que se promoverán entre todos los miembros del equipo asistencial.⁵

Será necesario continuar con el estudio de la relación de la ansiedad y la depresión con la CU. Hay que destacar que en las bases de datos incluidas para la realización de esta revisión sistemática se observa que varios de los artículos se encuentran duplicados, lo que impide una mayor variabilidad a la hora de obtener información sobre este tema en concreto. En este estudio se remarca la necesidad de formación acerca de esta comorbilidad y, aunque existen estudios en

los que se establecen criterios para su control, en la práctica clínica las cifras reflejan que se debe seguir formando para mejorar la gestión de la situación.^{5,12} El manejo desde la perspectiva biopsicosocial y multidisciplinar es fundamental en esta patología sobre todo en momentos que se consideran de mayor riesgo (momento del diagnóstico, hospitalizaciones, recaídas...). Con todo esto se propiciará un mejor afrontamiento de la enfermedad y se evitará el desarrollo de estrategias desadaptativas que perjudicarán al curso de la enfermedad y a la salud mental del paciente.^{5,16}

7. CONCLUSIONES

La comorbilidad con ansiedad y/o depresión empeora la calidad de vida de los pacientes con colitis ulcerosa en todas sus esferas, en concreto, afectará a nivel personal, social y laboral del mismo. Todo esto favorecerá el empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas contribuyendo al desarrollo de conductas nocivas tanto para el curso de la enfermedad como para la vida general del paciente.

El curso de la enfermedad se ve negativamente afectado por la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión. Es un factor a estudio, pero, hasta el momento, se apunta a que, además del aumento de los síntomas intestinales, los marcadores de la inflamación de la mucosa se ven afectados por la presencia de esta comorbilidad.

Además del manejo de los síntomas físicos, los pacientes reivindican la valoración de los aspectos psicológicos. Se debe promover el seguimiento multidisciplinar y el acceso a terapias como la cognitivo-conductual. Una mayor formación en este ámbito propiciará la mejora en la identificación y actuación ante este problema de elevado impacto en los pacientes con colitis ulcerosa.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Kózka M, Skowron W, Bodys-Cupak I. Determinants of the level of anxiety and fears in a group of patients with ulcerative colitis. *Ann Agric Environ Med* [Internet]. 2019 [consultado 21 oct. 2021];26(2):337-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26444/aaem/94651>
2. Chaparro M, Gómez Senent S. Todo sobre la colitis ulcerosa. Manual de ayuda para el paciente [Internet]. GETECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa); 2016 [consultado 21 oct. 2021]. 144 p. Disponible en: <https://www.accucantabria.es/wp-content/uploads/2016/05/Todo-sobre-la-Colitis-Ulcerosa.pdf>
3. Puig L, Marsal S, Escobar C, Hinojosa J, Palau J, Arraiza A, et al. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (imid) en España. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019 [consultado 25 oct. 2021];93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100069
4. Chaparro M, Garre A, Núñez Ortiz A, Diz-Lois Palomares MT, Rodríguez C, Riestra S, et al. Incidence, Clinical Characteristics and Management of Inflammatory Bowel Disease in Spain: Large-Scale Epidemiological Study. *J Clin Med* [Internet]. 2021 [consultado 26 oct. 2021];10(13):2885. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8268420/>
5. Barreiro-de Acosta M, Marín-Jiménez I, Panadero A, Guardiola J, Cañas M, Gobbo M, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) and the Association of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis Patients (ACCU) in the management of psychological problems in Inflammatory Bowel Disease patients. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2018 [consultado 22 oct. 2021];41(2):118-27. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-gastroenterologia-hepatologia-english-edition--382-pdf-S2444382418300245>
6. Confederación ACCU. Crohn y colitis ulcerosa. El desafío emocional [Internet, última actualización 10 ago. 2021]. ACCU España [consultado 25 oct. 2021]. Disponible en: <https://accuesp.com/crohn-y-colitis/vivir-con-la-enfermedad/el-desafio-emocional>
7. National Library of Medicine. Ansiedad [Internet, última actualización 21 feb. 2021]. MedlinePlus [consultado 21 oct. 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>

8. National Library of Medicine. Depresión [Internet, última actualización 21 my. 2021]. MedlinePlus [consultado 21 oct. 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/depression.html>
9. JANO. Un estudio cifra el coste en España de la enfermedad inflamatoria intestinal en 1.083 millones de euros anuales. [Internet, última actualización 2 mzo. 2016]. ELSEVIER [consultado 24 feb. 2022]. Disponible en: <https://www.jano.es/noticia-un-estudio-cifra-el-coste-25676>
10. Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal [Internet]. INE. [consultado 21 abr. 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2019/10/&file=01004.px>
11. Iglesias-Rey M, Barreiro-de Acosta M, Caamaño-Isorna F, Rodríguez IV, Ferreiro R, Lindkvist B, et al. Psychological factors are associated with changes in the health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2014 [consultado 15 dic. 2021];20(1):92-102. Disponible en: <https://academic.oup.com/ibdjournal/article/20/1/92/4578858?login=false>
12. Dubinsky MC, Dotan I, Rubin DT, Bernauer M, Patel D, Cheung R, et al. Burden of comorbid anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic literature review. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2021 [consultado 9 mzo. 2022];15(9):985-97. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17474124.2021.1911644>
13. Nahon S, Lahmek P, Durance C, Olympie A, Lesgourgues B, Colombel JF, et al. Risk factors of anxiety and depression in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2012 [consultado 16 mzo. 2022];18(11):2086-91. Disponible en: <https://academic.oup.com/ibdjournal/article/18/11/2086/4608936?login=false>
14. López-Sanromán A, Carpio D, Calvet X, Romero C, Cea-Calvo L, Juliá B, et al. Perceived Emotional and Psychological Impact of Ulcerative Colitis on Outpatients in Spain: UC-LIFE Survey. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2017 [consultado 9 mzo. 2022];62(1):207-16. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10620-016-4363-3>
15. Fu H, Kaminga AC, Peng Y, Feng T, Wang T, Wu X, et al. Associations between disease activity, social support and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel diseases: the mediating role of psychological symptoms. *BMC Gastroenterol* [Internet]. 2020

- [consultado 14 mzo. 2022];20(1):11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6961247/>
16. Corihuela RR, Silvestre VV, Hernández CM, Mascarós L, Rodríguez CC, Borrás RG, et al. Estudio de la asociación entre estrategias de afrontamiento al estrés, síntomas emocionales y calidad de vida en una muestra de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista argentina de clínica psicológica* [Internet]. 2019 [consultado 14 en. 2022];28(3):244-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7786166>
 17. Marrie RA, Graff LA, Fisk JD, Patten SB, Bernstein CN. The Relationship Between Symptoms of Depression and Anxiety and Disease Activity in IBD Over Time. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2021 [consultado 20 en. 2022];27(8):1285-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8314114/>
 18. Mikocka-Walus A, Pittet V, Rossel JB, von Känel R, Swiss IBD Cohort Study Group. Symptoms of Depression and Anxiety Are Independently Associated With Clinical Recurrence of Inflammatory Bowel Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2016 [consultado 9 mzo. 2022];14(6):829-835. Disponible en: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(16\)00047-1/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(16)00047-1/fulltext)
 19. Mules TC, Swaminathan A, Hirschfeld E, Borichevsky G, Frampton C, Day AS, et al. The impact of disease activity on psychological symptoms and quality of life in patients with inflammatory bowel disease-results from the Stress, Anxiety and Depression with Disease Activity (SADD) Study. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2022 [consultado 5 mzo. 2022];55(2):201-11. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.16616>
 20. Gracie DJ, Williams CJM, Sood R, Mumtaz S, Bholah MH, Hamlin PJ, et al. Poor Correlation Between Clinical Disease Activity and Mucosal Inflammation, and the Role of Psychological Comorbidity, in Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2016 [consultado 12 abr. 2022];111(4):541-51. Disponible en: <https://eprints.whiterose.ac.uk/97651/>
 21. Gao X, Tang Y, Lei N, Luo Y, Chen P, Liang C, et al. Symptoms of anxiety/depression is associated with more aggressive inflammatory bowel disease. *Sci Rep* [Internet]. 2021 [consultado 16 mzo. 2022];11(1):1440. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7809475/>
 22. Gobbo M, Carmona L, Panadero A, Cañas M, Modino Y, Romero C, et al. Impacto psicosocial y su manejo en enfermedad inflamatoria intestinal. *El punto de vista de los*

pacientes. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2018 [consultado 16 mzo. 2022];41(10):640-42.
Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210570518300062?via%3Dihub>

9. ANEXO

Anexo 1. Recomendaciones de manejo y situaciones a evitar.

RECOMENDACIONES GENERALES DE MANEJO
<ul style="list-style-type: none">• Valorar la presencia de síntomas de ansiedad o depresión en los pacientes y, en caso de sospecha, se sugiere utilizar la HADS para confirmar la presencia del problema. A pesar de ser los más prevalentes, es relevante no descartar la presencia de otros problemas psicológicos.• Indagar sobre factores de riesgo de depresión y ansiedad/estrés en el entorno personal, laboral y social del paciente.• Mantener el estado de ánimo del paciente adaptado a la situación deberá ser un objetivo terapéutico.• La detección, prevención y manejo deben ser continuos, pero se debe tener especial cuidado en momentos específicos de la EII tales como el momento del diagnóstico, los brotes o la necesidad de hospitalización o cirugía.• En el momento en que se detecte ansiedad o depresión, se debe determinar el impacto que tiene en la vida del paciente.• Se debe proporcionar información a los pacientes acerca de su enfermedad y tratamientos, a través de documentos o páginas web, además de permitir el acceso a la resolución de dudas con su médico o enfermera y facilitar el contacto con asociaciones de pacientes.• La detección y el manejo de problemas emocionales leves puede realizarla cualquier miembro del equipo que esté capacitado para ello.• El manejo específico de un trastorno de ansiedad o depresión lo debe hacer un profesional, bien psicólogo, bien psiquiatra.• Se evaluará si la patología psicológica es consecuencia directa de la enfermedad o, por el contrario, si su manifestación ha sido previa al diagnóstico.
SITUACIONES A EVITAR
<ul style="list-style-type: none">• Mostrar una actitud nihilista ante los problemas de índole psicológica.• Que los profesionales encargados de su atención consideren que los problemas psicológicos son irreversibles.• Juzgar al paciente o actitudes de este.

Información extraída de: Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) and the Association of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis Patients (ACCU) in the management of psychological problems in Inflammatory Bowel Disease patients.⁵