



Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

TRABAJO FIN DE GRADO 2016

SANDRA GARCÍA CASTELLANOS
TUTOR: LUIS FERNÁNDEZ SALAZAR |

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	4
MÉTODO Y MATERIALES	4
RESULTADOS.....	5
DISCUSIÓN.....	11
CONCLUSIONES	14
REFERENCIAS	15
ANEXO I: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión.....	17
ANEXO II: Índices de actividad	18
ANEXO III: Autorización del comité ético de investigación clínica.....	19

RESUMEN

Introducción y objetivos: varios estudios han señalado que existe una relación entre la presencia de ansiedad y depresión en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El objetivo de este estudio es conocer que variables pueden estar asociadas a la aparición de estos trastornos psiquiátricos y cuál es su prevalencia.

Métodos: se trata de un estudio en el que se realizó una evaluación psiquiátrica, mediante la escala HAD a 61 pacientes con diagnóstico de EII atendidos en las consultas de Digestivo de forma consecutiva. Mediante revisión de sus historias clínicas se recogieron las variables. Las variables cualitativas se han comparado con prueba Chi cuadrado y las continuas con T de Student o U Mann Whitney.

Resultados: El 14,8% (9) del total de pacientes padecía ansiedad y el 11,5% (7) padecía depresión. No se ha comprobado asociación entre las variables: edad, sexo, tiempo de evolución, diagnóstico, ingresos y cirugías previas, actividad de la enfermedad (mediante índices de Mayo, HBI y valor de PCR), tratamiento con corticoides, inmunosupresores o biológicos con la ansiedad o la depresión. Solo se demostró asociación de la presencia de ansiedad con el tratamiento y seguimiento psiquiátrico, 40% Vs 9,8%, $p=0,032$.

Conclusiones: no existe asociación entre la ansiedad y la depresión y las variables relativas a la edad, sexo, tipo de EII o su evolución. Un importante número de pacientes padece depresión o ansiedad y no están siendo tratados.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal, ansiedad, depresión, factores de riesgo, condiciones psicológicas.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Se trata de condiciones inflamatorias crónicas del tracto digestivo con un fuerte impacto en la calidad de vida del paciente. Los síntomas más característicos de la EC son: diarrea crónica, dolor abdominal, fiebre, alternancia de cuadros de defecación normal con diarreicos, pérdida del apetito

y pérdida de peso. Algunas de sus complicaciones son: obstrucción intestinal, fístulas y abscesos en la región perianal. Por su parte, la CU se caracteriza por: diarrea con sangre, dolor abdominal, pérdida gradual de peso, anemia y pérdida del apetito. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia masiva, la colitis grave, el megacolon tóxico y el cáncer de colon (el riesgo es alto en pacientes de larga evolución). El curso de la EII se caracteriza por episodios de recidivas y remisión cuya alternancia es impredecible¹.

Estas enfermedades no tienen un tratamiento curativo pero es posible suprimir de manera efectiva la inflamación intestinal y lograr la curación de las lesiones mucosas en una considerable proporción de pacientes mediante tratamiento médico. El tratamiento debe ser individualizado según las características de la enfermedad. Los fármacos utilizados son la mesalazina, los corticoides, inmunosupresores (azatioprina, ciclosporina, metrotexate y tacrolimus), biológicos (infiximab, adalimumab, natalizumab,etc) y antibióticos (metronidazol o ciprofloxacino). Cuando el tratamiento médico falla los enfermos pueden necesitar intervención quirúrgica.

El papel de los trastornos psicológicos en la EII ha sido largamente debatido, sin que haya una conclusión definitiva. No obstante, está claro que el diagnóstico de la EII al igual que el de otras enfermedades crónicas como artritis reumatoide o la diabetes, repercute en todos los aspectos de la vida diaria de los pacientes y por ello, los pacientes afectados por la EII presentan niveles de ansiedad y depresión más elevados que la población normal.

La ansiedad y depresión pueden asociarse a mayor actividad de la enfermedad, su gravedad y la reducción de la calidad de vida. Por esta razón, para mejorar la vivencia de enfermedad del paciente, es importante su valoración y tratamiento. Los médicos deben evaluar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, la calidad de vida y la demanda de atención psicológica adicional. Además, es importante tener en cuenta que los tratamientos con corticoides pueden inducir desordenes del estado de ánimo y otros síntomas psiquiátricos.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo de este trabajo es:

1. Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión presente en pacientes con EII.
2. Conocer las variables clínicas o de laboratorio que pueden estar asociadas a la presencia de ansiedad o depresión.

MÉTODO Y MATERIALES

Se incluyeron 61 pacientes con EII atendidos de forma consecutiva en consultas externas de aparato digestivo. Tras informarles del propósito del estudio se les entregó la escala HAD (anexo 1) entre el 1 de agosto y el 30 de noviembre de 2015.

El HAD utiliza una escala tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 0 hasta 3 para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión. La puntuación total en cada subescala de 7 preguntas se obtiene sumando los ítems correspondientes, en un rango de 0 a 21. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad y depresión². La mayoría de autores identifican una puntuación mayor o igual a 8 como la óptima para detectar ansiedad y depresión respectivamente³. Zigmond y Snaith⁴ sugieren en su estudio que es mejor un punto de corte mayor o igual a 11 para tener una mayor certeza.

En este estudio se utiliza un valor límite de mayor o igual a 11 para la ansiedad y de mayor o igual a 8 para la depresión.

Las variables clínicas recogidas de forma retrospectiva fueron:

- Edad
- Sexo
- Tiempo de evolución
- Diagnóstico
- Historia clínica: ingresos y cirugías previas
- Actividad, medida por el valor de PCR e índices de Mayo y HBI

- Tratamiento: corticoides, inmunosupresores y biológicos
- Seguimiento psiquiátrico

La actividad se midió con los índices de Mayo para CU y el HBI para la EC (anexo 2).

Análisis estadístico:

Las variables cualitativas se expresaran con frecuencias absolutas y relativas - y las variables continuas con media y desviación estándar o media y rango intercuartil. Para comprobar la normalidad de las variables continuas se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para la comparación de variables binarias se utilizó las pruebas de Chi-cuadrado con el estadístico exacto de Fisher.

Para comprobar la relación que guardan las variables continuas con la ansiedad y depresión se utilizó la T de Student para las que seguían una distribución normal y la U de Mann-Whitney para las que no lo hacían. Se consideró significativo el valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 61 pacientes. La edad media fue de 48,13 años (DS 14,53) y la edad al diagnóstico fue de 38,96 años (DS 14,90). El tiempo de evolución fue de 8 años (RIC 7,50). El 34,4 % (21) eran mujeres. De los 61 pacientes, 42,6% (26) estaban diagnosticados de CU y 57,4% (35) de EC.

El 14,8% (9) del total de pacientes padecía ansiedad y el 11,5% (7) padecía depresión.

El 31,1% (19) de los pacientes habían precisado algún ingreso en algún momento de la evolución de su enfermedad, mientras que 11,5% (7) pacientes habían necesitado ser intervenidos.

En el momento del cuestionario el 78,7% (48) de los pacientes se encontraban en remisión clínica. Tanto en EC como CU, el valor de PCR era de 2 (RIC 5). De los 35 pacientes con EC, un 14,3 % (5) tenían enfermedad perianal y un 34,3% (12) tenían un HBI superior a 0. De los 26 pacientes con CU, solo uno tenía un índice de Mayo de 1.

En cuanto al tratamiento, un 6,6% (4) de los pacientes recibían corticoides, un 34,4% (21) inmunosupresores y un 21,3% (13) antiTNF α .

Para finalizar, el 16,4% (10) de los pacientes estaban siendo seguidos por psiquiatría y tenían tratamiento por desórdenes psiquiátricos.

Valoración de la ansiedad:

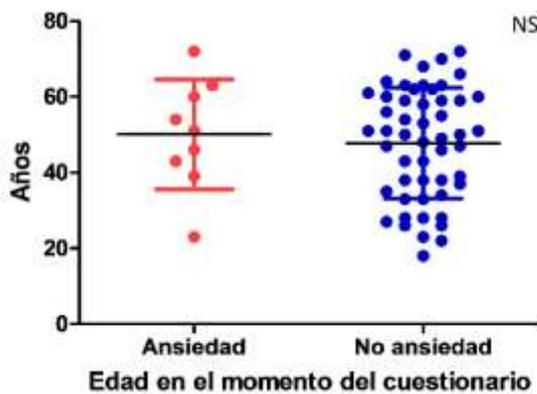
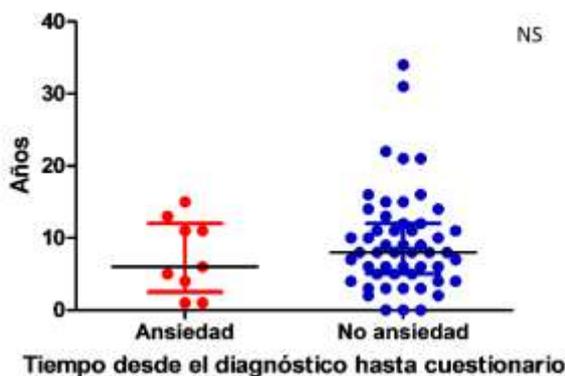


Imagen 1:

La edad de los pacientes con ansiedad en el momento del cuestionario: 51 años (RIC 20,50) Vs sin ansiedad: 50 años (RIC 24,50). U de Mann-Whitney , p=0,662.



El 14,3% (3/21) de las mujeres del estudio padecían ansiedad frente al 15% (6/40) de los hombres. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, p= 0,629.

Imagen 2:

El tiempo de evolución (diagnóstico → cuestionario) de los pacientes con ansiedad era de 6 años (RIC 9,50) Vs 8 años (RIC 7) en los pacientes sin ansiedad. U de Mann-Whitney, p=0,623.

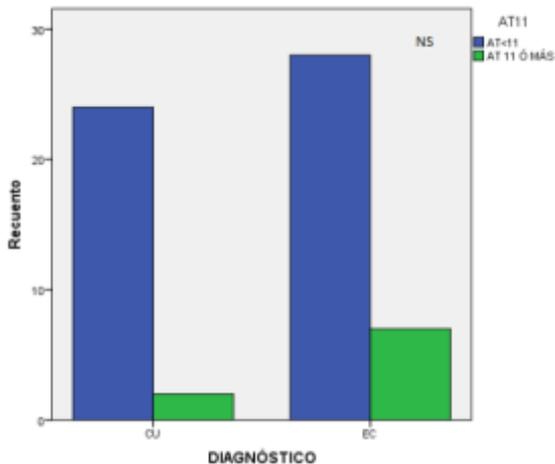


Imagen 3:

El 7,7% (2/26) de pacientes con CU y el 20% (7/35) de los pacientes con EC fueron diagnosticados de ansiedad. Chi-cuadrado de Pearson con estadístico exacto de Fisher, $p=0,169$.

De los pacientes con EC y enfermedad perianal, el 20% (1/5) tiene ansiedad frente al 20% (6/30) de los pacientes con EC y sin enfermedad perianal. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p=0,744$.

El 5,3% (1/19) de los pacientes que han requerido ingreso tiene ansiedad frente al 19% (8/42) que no ha requerido ingreso. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p=0,155$.

De los pacientes que han requerido intervención quirúrgica, la ansiedad estaba presente en el 14,3% (1/7) frente al 14,8% (8/54) de los pacientes que no habían requerido intervención. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p=0,727$.

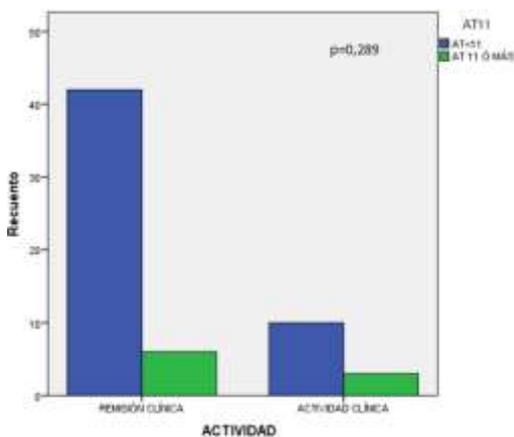
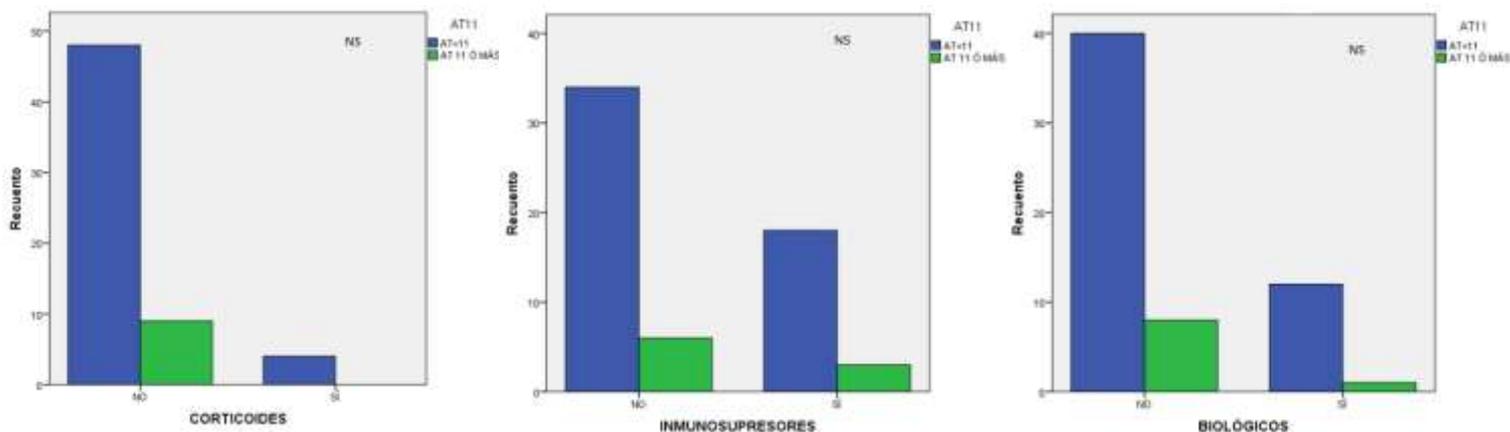


Imagen 4:

De los pacientes con actividad clínica, el 23,1% (3/13) presentaba ansiedad frente al 12,5% (6/48) de los pacientes que estaban en remisión clínica. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p=0,289$.

En los pacientes con ansiedad, el valor de PCR era de 2 (RIC 4) Vs 2 (RIC 6) en los pacientes sin ansiedad. U de Mann-Whitney, $p=0,563$.

Imagen 5, 6 y 7:



En referencia al tratamiento, ningún paciente de los que recibe corticoides tiene ansiedad (0/4) frente al 15,8% (9/57) de los pacientes que no reciben corticoides. Chi-cuadrado y estadísticos exacto de Fisher, $p=0,519$.

De los pacientes que reciben inmunosupresores, el 14,3% (3/21) tiene ansiedad frente al 15% (6/40) de los que no recibe inmunosupresores. Chi-cuadrado de Pearson con estadístico exacto de Fisher, $p= 0,629$.

El 7,7% (1/13) de los pacientes que reciben biológicos tiene ansiedad frente al 16,7% (8/48) de los pacientes que no reciben biológicos. Chi-cuadrado de Pearson con estadístico exacto de Fisher, $p= 0,380$.

Entre los pacientes con seguimiento o tratamiento psiquiátrico, el 40% (4/10) tiene ansiedad frente al 9,8% (5/51) de los pacientes que no tienen seguimiento o tratamiento psiquiátrico. Chi-cuadrado de Pearson con estadístico exacto de Fisher, $p= 0,032$ y por tanto significativo.

Evaluación de la depresión:

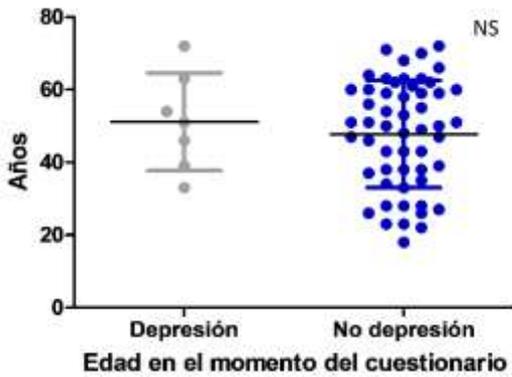


Imagen 8:

La edad en el momento del cuestionario de los pacientes con depresión era de 51 (RIC 20,50) Vs 50 años (RIC 24) en el grupo de pacientes sin depresión. U de Mann-Whitney, $p= 0,564$.

El 14,3% (3/21) de mujeres y el 10% (4/40) de hombres padecían depresión. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p= 0,456$.

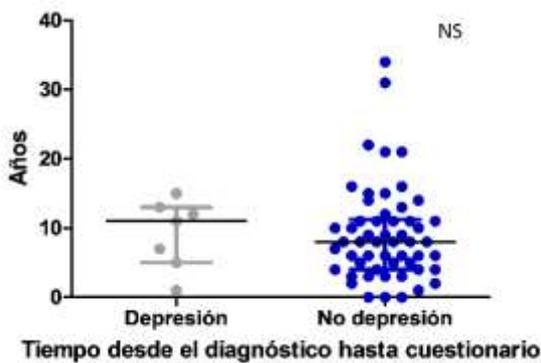


Imagen 9:

El tiempo de evolución para los pacientes con depresión es de 11 años (RIC 8) Vs 8 años (RIC 7) en los pacientes sin depresión. U de Mann-Whitney, $p= 0,634$.

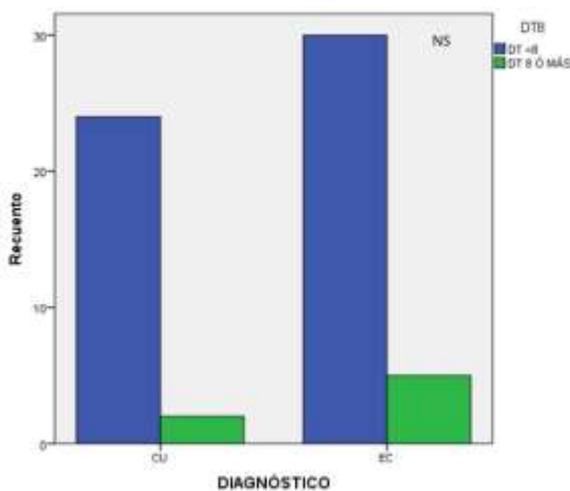


Imagen 10:

El 7,7% (2/26) de pacientes con CU y el 14,3% (5/35) de los pacientes con EC fueron diagnosticados de depresión. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p= 0,354$.

De los pacientes que habían requerido ingreso, el 5,3 % (1/19) tenía depresión frente al 14,3% (6/42) de los que no había requerido ingreso. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p=0,290$.

De aquellos pacientes que habían sido operados, el 14,3% (1/7) tiene depresión frente al 11,1% (6/54) de los pacientes que no habían sido operados. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p = 0,594$.

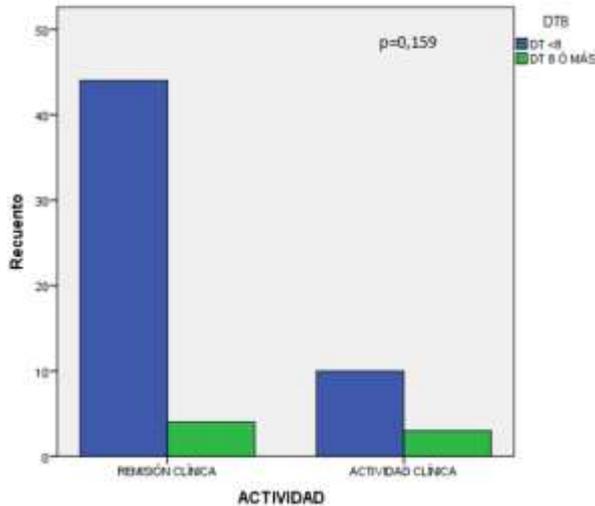


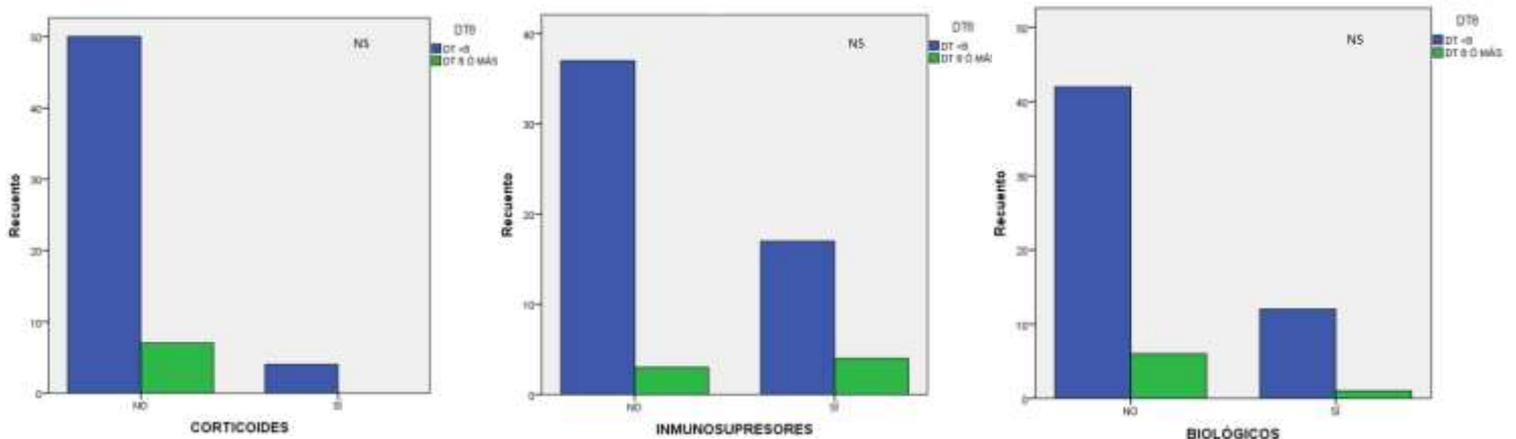
Imagen 11:

De los pacientes con actividad clínica, el 23,1% (3/13) tiene depresión frente al 8,3% (4/48) de los pacientes en remisión. Chi-cuadrado de Pearson con estadístico exacto de Fisher, $p = 0,159$.

El valor de PCR en los pacientes con depresión era de 0 (RIC 2) frente a 2 (RIC 5). U de Mann-Whitney, $p = 0,119$.

De los pacientes con EC y enfermedad perianal, el 20% (1/5) tiene depresión frente al 13,3% (4/30) de los pacientes con EC y sin enfermedad perianal. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p = 0,561$.

Imagen 12, 13 y 14:



De los pacientes que reciben corticoides, el 0% (0/4) tiene depresión frente al 12,3% (7/57) de los pacientes que no reciben corticoides. Chi-cuadrado con estadístico exacto de Fisher, $p=0,606$.

De los pacientes que reciben inmunosupresores, el 19% (4/21) tiene depresión frente al 7,5% (3/40) de los pacientes que no recibe inmunosupresores. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p=0,177$.

De los pacientes que reciben biológicos, el 7,7% (1/13) tiene depresión frente al 12,5% (6/48) que no recibe biológicos. Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p=0,534$.

De los pacientes en seguimiento o tratamiento psiquiátrico, el 20% (2/10) tiene depresión frente al 9,8 % (5/51) que no estaba en seguimiento o tratamiento psiquiátrico. Con Chi-cuadrado de Pearson y estadístico exacto de Fisher, $p=0,322$.

DISCUSIÓN

Son varios los estudios que encuentran mayores niveles de ansiedad y depresión en pacientes con EII en comparación con controles sanos⁵. En este estudio la prevalencia de ansiedad y depresión encontrada es menor que la observada en varios estudios⁶ sin embargo, es similar o ligeramente inferior al de otros estudios como el de Miehsler et al³ (18% de pacientes con ansiedad y 18% de pacientes con depresión) o el Stéphane Nahon et al⁷ (11% de pacientes con depresión y 41% de pacientes con ansiedad). Además, en el estudio de Miehsler et³ al y Mikocka-Walus⁸ et al han revelado que la ansiedad es más prevalente que la depresión al igual que ocurre en este estudio (14,8% frente a 11,5%).

Por otro lado, hay evidencia en otros estudios^{5,9} que sugiere que la depresión tiene impacto en el curso de la enfermedad, en el tratamiento del paciente ambulatorio y en general en la calidad de vida de los pacientes. En la revisión realizada por Graff et al⁵ nos habla sobre un estudio prospectivo de 100 pacientes con enfermedad de Crohn en el que se encontró que aquellos que tenían depresión o ansiedad de base eran menos propensos a la remisión con Infliximab.

Si analizamos las variables del estudio, podemos comprobar que la edad del diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal no influye en la aparición de ansiedad y depresión.

La presencia de ansiedad fue similar para hombres y mujeres con EII. La presencia de depresión fue ligeramente superior en las mujeres con EII que en los hombres. Sin embargo, hay el doble de hombres que mujeres en el estudio. Por tanto, quizás si la muestra fuera mayor, existiría cierta asociación entre la presencia de ansiedad y depresión con ser mujer como se documenta en el estudio australiano de Tribbick et al⁶ y en el estudio francés de Stéphane Nahon et al⁷.

En nuestro estudio los pacientes con enfermedad de Crohn tienen más ansiedad y depresión que los pacientes con colitis ulcerosa. Sin embargo, las diferencias son no significativas. El estudio de Nordin et al¹⁰ con 492 pacientes con EII, mostró que los 161 pacientes con EC tenían más ansiedad y depresión que los 331 con CU. La presencia de lesiones perianales no produce más ansiedad o depresión en pacientes con enfermedad de Crohn.

El tiempo de evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal no influye en la aparición de ansiedad y depresión. Sin embargo, parece que ha habido mayor evolución en los pacientes con depresión aunque las diferencias son no significativas.

Haber sido intervenido quirúrgicamente o ingresado a consecuencia de la enfermedad no incrementa el número de pacientes con ansiedad o depresión. De hecho, existe menos ansiedad y depresión en los pacientes que han sido operados o ingresados alguna vez pero las diferencias son no significativas. Este resultado se observa en otros estudios como el de Nahon et al⁷ en el cual un pasado de intervención quirúrgica se asocia a una disminución de pacientes con depresión ya que mejora su calidad de vida tras la intervención.

Se ha visto en algunos estudios relevantes⁵ que la edad de comienzo de los síntomas de EII es más precoz en aquellos con ansiedad y otros trastornos comparados con aquellos que no los tienen. Lo que sugiere la posibilidad de que

la ansiedad y otros trastornos del ánimo contribuyan como factores de riesgo para el comienzo de la enfermedad. Sin embargo, son pocos los estudios realizados hasta ahora sobre esta cuestión y no hay un soporte concluyente que permita aceptar o descartar un rol etiológico de la ansiedad y depresión en la EII.

Tal y como se muestra en las imágenes 4 y 11 existe una gran diferencia en la presencia de ansiedad y depresión en aquellos pacientes que se encuentran con actividad clínica de los pacientes que se encuentran en remisión. Si el número de pacientes hubiera sido superior y se hubiese incluido pacientes con peor situación clínica, probablemente la presencia de actividad clínica se habría asociado a la ansiedad como se ha demostrado en varios estudios¹⁻¹². Tampoco hemos encontrado que la ansiedad o depresión se asocie a valores más elevados de PCR.

La ansiedad y la depresión pueden ser un efecto adverso del propio tratamiento o estar relacionado con el miedo a los efectos adversos más serios como el linfoma o infecciones graves con los inmunosupresores o biológicos. Solo los corticoides pueden inducir desordenes psiquiátricos. A mayor dosis mayor incidencia de estos efectos. Por otro lado, los síntomas depresivos ocurren típicamente en el curso tardío del tratamiento. Estas consideraciones sugieren que los efectos adversos de los corticoides tienen una contribución pequeña a la prevalencia de estos trastornos psiquiátricos en enfermos con EII pero no hay que pasarlos por alto⁵. En referencia al tratamiento con corticoides, solo 4 pacientes de la muestra lo toman y ninguno de ellos presenta ansiedad o depresión. Sin embargo, una vez más las diferencias son no significativas probablemente debido al número de pacientes incluido.

No existe una diferencia en la presencia de ansiedad en los pacientes que están en tratamiento con inmunosupresores frente a aquellos que no los toman, aunque si hay cierta diferencia en la tasa de depresión siendo mayor en pacientes que siguen este tratamiento sin alcanzar la significación estadística.

El tratamiento con biológicos podría asociarse a menor tasa de ansiedad o depresión, quizá porque el paciente alcanzase una situación clínica de estabilidad pero las diferencias detectadas son no significativas.

Hay una gran cantidad de pacientes que están en seguimiento por psiquiatría y que tienen ansiedad. Existe una asociación entre la presencia de ansiedad en los pacientes seguidos por psiquiatría con EII ($p=0,032$). Un aspecto a destacar en este trabajo es que de 9 pacientes con ansiedad solo 4 están en seguimiento psiquiátrico y con tratamiento. Por tanto, existen pacientes que padecen ansiedad y no están siendo tratados.

Lo mismo ocurre en los pacientes con depresión. De los 7 pacientes con depresión, solo dos están en seguimiento psiquiátrico.

CONCLUSIONES

Este estudio no apoya la asociación de ansiedad o depresión con variables como edad, sexo, tipo de EII o su evolución. Estos resultados difieren de otros estudios. Esto puede explicarse por las limitaciones que este presenta y los métodos utilizados, además de que la mayoría de los pacientes se encontraban en remisión en el momento del cuestionario. Hay pacientes que padecen ansiedad o depresión y no están siendo tratados. La presencia de trastornos psicológicos contribuye a un número mayor de visitas médicas y una pobre respuesta al tratamiento, aumentando también los costes sanitarios. Por ello, es recomendable que los gastroenterólogos hagan una evaluación integral biopsicosocial del paciente para identificar a aquellos pacientes más vulnerables y poder realizar intervenciones psiquiátricas y psicológicas apropiadas¹¹⁻¹².

REFERENCIAS

1. Tobón S, Vinaccia S, Quiceno J, Sandín B y Nuñez A. Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*. 2007. 25 (2): 1794-4724.
2. Vinaccia S, Fernández H, Amador O, Tamayo R, Vásquez A, Contreras F et al. Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica* .2005. 23 (2) :65-74.
3. Miehsler W, Weichselberger M, Offerlbauer-Ernst A, Dejaco C, Reinisch W, Vogelsang H et al. Which patients with IBD need psychological interventions?. A controlled study. *Inflamm Bowel Dis* .2008.14 (9):1273-80.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983. 67:361-370.
5. Lesley A.Graff, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in Inflammatory Bowel Disease: A review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis* .2009. 15(7): 1105-18.
6. Tribbick D, Salzberg M, Ftanou M, Connell WR, Macrae F, Kamm MA et al. Prevalence of mental health disorders in inflammatory bowel disease: an Australian outpatient cohort. *Clin Exp Gastroenterol* . 2015.8:197-204.
7. 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* .2012.18 (11): 2086-91 .
8. A. Mikocka-Walus, D. Turnbull, J. M Andrews, N. Moulding, I. Wilson, H. Harley et al. Psychological problems in gastroenterology outpatients: a South Australian experience. *Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C. Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2008;4:15.
9. Moser G. Depresión y ansiedad en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 2009. 32(Supl 2):9-12.

10. Nordin K, Pahlman L, Larsson K, Sundström-Hjelm M, Lööf L. Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol.* 2002;37:450-7.
11. Faust A, Halpern L, Danoff-Burg S, y Cross RK. Psychosocial Factors Contributing to Inflammatory Bowel Disease Activity and Health-Related Quality of Life K. Cross. *Gastroenterology & Hepatology.* 2012. 8 (3).
12. Vergara M .La repercusión biopsicosocial del estrés en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal. *Enfermedad inflamatoria intestinal al día.* 2013. 12 (1).

ANEXO I: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0) Ciertamente igual que antes 1) No tanto como antes 2) Solamente un poco 3) Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3) Sí, y muy intenso 2) Sí, pero no muy intenso 1) Sí, pero no me preocupa 0) No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:

0) Igual que siempre 1) Actualmente algo menos 2) Actualmente mucho menos 3) Actualmente en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.3. Me siento alegre:

0) Nunca 1) Muy pocas veces 2) En algunas ocasiones 3) Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:

0) Siempre 1) A menudo 2) A veces 3) Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3) Gran parte del día 2) A menudo 1) A veces 0) Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0) Nunca 1) Sólo en algunas ocasiones 2) A menudo 3) Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3) Completamente 2) No me cuido como debería hacerlo
1) Es posible que no me cuido como debiera 0) Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3) Realmente mucho 2) Bastante 1) No mucho 0) En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0) Como siempre 1) Algo menos que antes 2) Mucho menos que antes 3) En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3) Muy a menudo 2) Con cierta frecuencia 1) Raramente 0) Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0) A menudo 1) Algunas veces 2) Pocas veces 3) Casi nunca

Puntuación HAD-A: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11

Puntuación HAD-D: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11

ANEXO II: Índices de actividad

Índice de Mayo para la colitis ulcerosa:

Índice de actividad de la enfermedad	
Frecuencia de las deposiciones:	
Número normal de deposiciones	<input type="checkbox"/> 0
1-2 deposiciones más de lo habitual	<input type="checkbox"/> 1
3-4 deposiciones más de lo habitual	<input type="checkbox"/> 2
Más de 5 deposiciones de lo habitual	<input type="checkbox"/> 3
Hemorragia rectal:	
Sin sangre	<input type="checkbox"/> 0
Indicios de sangre en las heces menos de la mitad de las veces	<input type="checkbox"/> 1
Sangre evidente en las heces la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/> 2
Sólo sangre	<input type="checkbox"/> 3
Valoración global del médico:	
Normal	<input type="checkbox"/> 0
Enfermedad leve	<input type="checkbox"/> 1
Enfermedad moderada	<input type="checkbox"/> 2
Enfermedad grave	<input type="checkbox"/> 3

Índice de Harvey-Bradshaw para la Enfermedad de Crohn:

Parámetro

Puntuación

1. Estado General

- a. Muy bueno 0
- b. Regular 1
- c. Malo 2
- d. Muy malo 3
- e. "Terrible" 4

2. Dolor abdominal

- a. No 0
- b. Ligero 1
- c. Moderado 2
- d. Intenso 3

3. Número de deposiciones líquidas diarias

4. Masa abdominal

- a. No 0
- b. Dudosa 1
- c. Definida 2
- d. Definida y dolorosa 3

5. Otros síntomas asociados (un punto por cada complicación)

- a. Artritis
- b. Uveítis
- c. Eritema nodoso/pioderma/aftas bucales
- d. Fístula/Fisura/Absceso perianal.
- e. Otras fístulas

Actividad	Puntuación
• Remisión	0 – 4
• Leve	5
• Moderada	6 – 12
• Grave	> 12

ANEXO III: Autorización del comité ético de investigación clínica



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE (CEIC-VA-ESTE-HCUV)

Valladolid a 21 de Enero de 2016

En la reunión del CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE del 21 de Enero de 2016, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 16-352	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	I.P.: LUIS FERNÁNDEZ SALAZAR EQUIPO: SANDRA GARCÍA CASTELLANOS DIGESTIVO RECIBIDO: 15-01-2016
-----------	--	--

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.

Dr. F. Javier Álvarez.
CEIC Área de Salud Valladolid Este –
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología
Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,
47005 Valladolid
alvarez2@med.uva.es,
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077