

ARTÍCULO ORIGINAL

Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable

Dr. Mauricio Alberto Cruz Ruiz,* Rubí Berenice Ortíz Herrera,** Damaríz Muñiz Jurado,** José Luís Padierna Luna***

* Gastroenterólogo adscrito Hospital General de Zona 4 IMSS, Celaya, Gto., **Médico interno de Pregrado, ***Coordinador de Investigación y Educación en Salud. HGZ 4 IMSS Celaya, Gto.

Correspondencia: Dr. Mauricio A. Cruz Ruiz. Calle Aldama No. 227, Int. 301, Zona Centro, Celaya, Gto. C.P. 38000. Tel.: (01461)613-0142, fax: (01461)612-9935. Correo electrónico: a4611563116@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 16 de octubre de 2006.

Aceptado para publicación: 28 de febrero de 2007.

RESUMEN **Introducción:** el síndrome de intestino irritable (SII) es caracterizado por alteraciones de motilidad intestinal sin causa orgánica. Presenta alteraciones psiquiátricas y somatización hasta en 80%, la ansiedad o depresión preceden o son concomitantes con síntomas gastrointestinales. **Objetivo:** determinar asociación entre depresión o ansiedad con base en criterios de DSM-IV y escala de Hamilton en pacientes con criterios de Roma II. **Diseño:** Un total 100 pacientes aleatorizados a dos grupos: Hamilton para ansiedad ($n = 50$) y DSM-IV para depresión ($n = 50$), se correlacionaron bivariadas (Pearson) en un estudio descriptivo y transversal. **Resultados:** el género femenino representó 76% ($n = 76$), la relación mujer/hombre; 4:1, la media de edad 49.7 años (Rango 18-89). El grupo DSM-IV en 62% ($n = 31$) tuvo depresión y 54% ($n = 27$) eran mujeres. El grupo Hamilton en 58% ($n = 29$) presentó ansiedad y 50% eran mujeres ($n = 25$). La correlación de Pearson ($p < 0.1$) para el género femenino en ansiedad fue de $p < 0.05$ y en depresión de $p < 0.01$, utilizando un IC 95%. **Conclusiones:** la manifestación de ansiedad o depresión se presenta en más de 50% de los casos, afecta en mayor proporción al género femenino, por lo que la terapéutica antidepresiva debe contemplarse en el manejo del SII.

Palabras clave: ansiedad, depresión, síndrome intestinal irritable.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal caracterizado por alteraciones de la defecación y dolor abdominal, en ausencia de anomalidad estructural demostrable.^{1,2}

SUMMARY **Introduction:** The irritable bowel syndrome (SII) is characterized by alterations of intestinal motility and visceral sensibility, without organic cause. Is associated a psychiatric alterations and somatic symptoms in 80%, the anxiety or depression precede or is concomitants with gastrointestinal symptoms. **Objective:** To determine association between depression or anxiety on the basis of DSM-IV criteria and Scale of Hamilton in patients with criteria of Rome II. **Design:** A total one hundred patients were randomized in two groups: Hamilton for anxiety ($n = 50$) and DSM-IV for depression ($n = 50$), is correlated bi-variables (Pearson) in a descriptive and transversal study. **Results:** The female gender represented 76% ($n = 76$), the relation F/M; 4:1, the age average 49.7 years (R 18-89). Group DSM-IV in 62% ($n = 31$) had depression and 54% ($n = 27$) were women. The group Hamilton in 58% ($n = 29$) presented anxiety and 50% were women ($n = 25$). The correlation of Pearson ($P < 0.1$) for the female with anxiety was of $P < 0.05$ and in depression of $P < 0.01$, using an IC 95%. **Conclusions:** The manifestation of anxiety or depression appears in more of 50%, affects in greater proportion the female, reason why antidepressing therapy must be contemplated in the handling of the SII.

Key words: Anxiety, depression, irritable bowel syndrome.

Los criterios de Roma II para el diagnóstico han sido sometidos a validación encontrando una sensibilidad del 63%, especificidad de 100%, un valor predictivo positivo de 98% y un valor predictivo negativo de 76%, siempre y cuando estén ausentes los signos de alarma.³⁻⁵

No obstante pacientes con SII tienden a una respuesta aumentada a factores psicosociales, pero éstos no son diagnósticos; su identificación ayuda a modificar el tratamiento, particularmente después de la terapia convencional, dichos factores contribuyen en forma importante a la presentación clínica.⁶

La coexistencia de síntomas psiquiátricos y síntomas gastrointestinales se presentan hasta en 80%, aunque no predomina ningún diagnóstico en particular.⁷ Algunos estudios de neuroimagen demuestran anormalidades en los mecanismos que procesan el dolor central en respuesta a estímulos como la distensión rectal; asimismo, la asociación de factores cognitivos y somatización ha dado pauta para el tratamiento con psicoterapia para reducir los síntomas del SII.⁸

En la actualidad se han empleado diferentes fármacos que pretenden disminuir la sensibilidad visceral, incluidos los antidepresivos.⁹ Estos últimos han demostrado mejoría del dolor rectal, principalmente con amitriptilina a dosis bajas.¹⁰ Algunos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina han demostrado buena efectividad y tolerancia, en pacientes con constipación predominante.¹¹

En la psicopatología asociada al SII se incluye el trastorno de ansiedad, el cual puede preceder o seguir a los síntomas¹² y la depresión, que se asocia a un grado mayor que la ansiedad.¹³

Otros autores han reportado magnificación en la respuesta neuroendocrina, así como alteraciones en la percepción visceral durante el estrés y esto correlaciona con el inicio de la sintomatología gastrointestinal.^{14,15}

Evidencia adicional sostiene que los cambios en el patrón de actividad cortical podrían estar asociados al procesamiento del dolor gastrointestinal.^{16,17}

Algunos pacientes presentan un incremento en la actividad motora del intestino a diversos estímulos, aumento de la sensibilidad visceral y un umbral bajo al dolor, el cual genera persistencia de los estímulos en el sistema nervioso central y en el lumen y mucosa intestinal.¹⁸

El estado de atención del paciente en los síntomas desempeña un papel importante en la modificación del dolor, ya que la distracción permite una percepción menor y la atención en los síntomas acentúa su percepción. Esto puede conducir a una amplificación de eventos sensoriales gastrointestinales, resultando en un incremento en la atención y exagerando la respuesta emocional.^{19,20}

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es determinar la frecuencia y asociación de depresión y ansiedad en pacientes con SII

diagnosticados con base en los criterios de Roma II, utilizando un instrumento validado: la escala de Hamilton para ansiedad y el cuestionario de DMS-IV para depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio transversal comparativo en donde se estudiaron un total de 100 pacientes de la Consulta Externa de Gastroenterología, los cuales contaron con diagnóstico sustentado de SII con base en criterios de Roma II (*Cuadro 1*).

Se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de SII que cumplieran con el puntaje de diagnóstico de Roma II y fueran previamente atendidos por el mismo motivo y además contaran con seguimiento a partir del año 2001 en que se estableció la Clínica de Intestino. Los pacientes deberían de contar con estudios morfológicos (enema baritado, colonoscopia) y bioquímicos (biometría hemática, antígeno carcinoembrionario y sangre oculta en heces) que descartaran enfermedad orgánica. Se excluyeron pacientes con otras patologías crónicas degenerativas (diabetes, hipertensión, hipo e hipertiroidismo, dislipidemia, obesidad), así como aquellos pacientes con padecimientos psiquiátricos o trastornos del sueño que pudieran influir en la presencia de otros síntomas o en el resultado del cuestionario.

Se dividieron en dos grupos de 50 pacientes cada uno y se les aplicó a un grupo el cuestionario de Hamilton para ansiedad, validado desde 1959 y que consta de 14 ítems (reactivos) que explora la interrupción del continuum emocional y sensaciones subjetivas de tensión, nerviosismo o inquietud. Cada uno de ellos con una puntuación de 0 a 4, considerándose positiva cuando el puntaje total fue de 16 puntos o mayor.

Al otro grupo de 50 pacientes se aplicó el cuestionario del DSM-IV para depresión, el cual fue rediseñado y aceptado internacionalmente en 1994 y consta de 13 ítems (reactivos), los cuales exploraron cambios en el estado de ánimo, reducción de la actividad física, trastornos del sueño o apetito por más de dos meses, considerándose diagnóstica cuando la primera pregunta es positiva y sólo si se acompaña, por lo menos, de dos preguntas más positivas. Posteriormente se invirtieron los cuestionarios a cada grupo para buscar concordancia.

El cuestionario está diseñado por sus autores para que pueda ser contestado por el paciente y no se necesitó prueba piloto, ya que ambas escalas han sido previamente validadas en adultos sanos, en enfermos en el Reino Unido y otros países, pero en México no hay registros sobre esta entidad y SII.^{21,22}

CUADRO 1
CRITERIOS DE ROMA II PARA SII

Presencia de dolor o desconfort abdominal que ocurran por lo menos 12 semanas* en un año; y que se acompañe de por lo menos dos de las siguientes características:

1. Aliviado con la defecación; y/o
2. Asociado con un cambio en la frecuencia defecatoria; y/o
3. Asociado con un cambio en la forma (apariencia) de la defecación

Uno o más de los siguientes síntomas, presentes al menos 1/4 de las veces o días, refuerzan el diagnóstico y permiten dividir el SII en subgrupos diferentes (Vg. predominante estreñimiento, diarrea predominante, etc.).

- Frecuencia defecatoria anormal ($> 3/\text{día}$ o $< 3/\text{semana}$).
- Forma anormal de las heces (duras/sólidas o sueltas/acuosas).
- Pasaje anormal de las heces (esfuerzo, apuro o sensación de evacuación incompleta).
- Pasaje de mucosidad.
- Distensión o sensación de balonamiento abdominal.

* No necesariamente consecutivas.

Se tomaron en cuenta algunos factores demográficos y las variables de interés se procesaron con el programa estadístico SPSS versión 12.0 para Windows en español con medidas de tendencia central y de dispersión y además se utilizó correlación de bivariables con la prueba de Pearson para buscar asociación. El intervalo de confianza de la prueba fue de 95%, y se consideró estadísticamente significativo cuando el valor de la p se reportó menor de 0.05.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 100 cédulas completas de la Consulta Externa de Gastroenterología, 50 de ellas etiquetadas como cuestionario de Hamilton y 50 de ellas como cuestionario de DSM-IV y se obtuvieron los siguientes datos en relación con la epidemiología.

La curva de distribución de la muestra es normal, obteniendo un promedio de edad de 49.7 años, una desviación estándar (DE) ± 2 y un rango entre 18 y 89 años. Predomina el género femenino 76% ($n = 76$) pertenecían al femenino y 24% ($n = 24$) al masculino.

En el grupo que se aplicó la escala de Hamilton de ansiedad el 80% ($n = 40$) pertenecían al género femenino y sólo 20% ($n = 10$) al masculino. En el grupo en donde se aplicó el cuestionario DSM-IV de depresión 72% ($n = 36$) eran del género femenino y 28% ($n = 14$) del masculino (*Cuadro 2*).

La ansiedad fue demostrada en el grupo de la escala Hamilton en 58% ($n = 28$), en ese mismo grupo no hubo diferencia en el género, ya que 50% ($n = 14$) eran mujeres y 50% hombres. Y en el grupo de la escala DSM-IV

la depresión se demostró en 62% ($n = 31$), de los cuales 54.7% ($n = 17$) pertenecían predominantemente al género femenino (*Cuadro 3*).

Al buscar asociación entre el género y la presencia de ansiedad o depresión mediante la prueba de correlación de variables de Pearson se encontró que el valor de $p < 0.1$ no traduce que el género sea un factor predominante. Pero al utilizar la misma prueba como bivariable en cada grupo por separado se encontró que para el género femenino y ansiedad, el valor reportado fue $p < 0.05$ y en el grupo de depresión y género femenino fue una $p < 0.01$, lo cual sí tuvo significancia estadística (*Cuadro 4*).

DISCUSIÓN

La prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión ha sido reportada en la literatura por diversos autores entre 4 y 24% en pacientes con SII, este rango tan amplio puede deberse a que existe subdiagnóstico de estas entidades o bien al test (cuestionario) que se utiliza para el escrutinio.²²

Walter, en 1990, encontró, por ejemplo, sólo 7% y nosotros en este trabajo encontramos que la frecuencia de ansiedad fue de 58%, mayor a la reportada en cualquier serie, a excepción de la reportada por la Revisión de Bonet en la Universidad de Favabró, en Buenos Aires, que fue de 78%.²³ Esto puede explicarse debido a que la muestra correspondía a pacientes con SII de evolución crónica (promedio seis años) y también a que el instrumento de escrutinio que se utilizó tiene una mayor sensibilidad y especificidad (DSM-IV Am. Psiq. Assoc.

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE ESTUDIO Y GÉNERO

| Variable | Femenino | Masculino | n |
|-------------------------------|----------|-----------|-----|
| Escala Hamilton (ansiedad) | 40 | 10 | 50 |
| Escala DSM-IV (depresión) | 36 | 14 | 50 |
| Total | 76 | 24 | 100 |

El género femenino es el que predomina en ambos grupos de estudio.

CUADRO 3
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POR GRUPO DE ESTUDIO

| Variable | Diagnóstica | Negativa | n |
|-------------------------------|-------------|----------|-----|
| Escala Hamilton (ansiedad) | 28 | 22 | 50 |
| Escala DSM-IV (depresión) | 31 | 19 | 50 |
| Total | 59 | 41 | 100 |

La frecuencia de diagnóstico de depresión fue discretamente mayor a la frecuencia de ansiedad con base en el puntaje de las escalas aplicadas.

CUADRO 4
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POR GÉNERO

| Variable | Femenino | Masculino | n |
|-------------------------------|----------|-----------|----|
| Escala Hamilton (ansiedad) | 14 | 14 | 28 |
| Escala DSM-IV (depresión) | 17 | 14 | 31 |
| Total | 31 | 28 | 59 |

Los porcentajes de ansiedad fueron similares en ambos géneros, no así la depresión donde tiende a ser porcentualmente mayor y estadísticamente sí presenta un valor de $p < 0.01$.

1995), vale la pena mencionar que la muestra pertenecía a una población cautiva, lo cual puede representar un sesgo en la selección y muestreo.

Las escalas de escrutinio como la de Hamilton, así como la del DSM-IV han sido validadas en población sana por múltiples autores. Andrews y cols. demostraron su utilidad en población universitaria sana en el Reino Unido. En dicho ensayo mediante la aplicación de la escala DSM-IV se demostró mayor sensibilidad y especificidad que otros test de escrutinio.²⁴

No fue posible comparar la frecuencia en relación con el género, ya que no existen estudios previos que así lo determinen, pero en la serie ambas entidades contaban

con una relación H:M muy similar, que estadísticamente no tuvo valor significativo.

Se ha especulado que la asociación entre ansiedad y SII está centralmente mediada a través del locus coeruleus, éste recibe información eferente desde los plexos mientéricos hacia el núcleo solitario el cual es la principal área de impulsos aferentes desde el intestino.²⁵

Eventos internos previos intestinales pueden originar una descarga sobre el locus coeruleus, el cual incrementa su tasa de descarga hacia las conexiones aferentes de intestino y eso origina la alteración motora gastrointestinal y la ansiedad.²⁵

Haug, en 1994, presentó evidencias de disregulación autonómica mediada por la colecistoquinina que puede

justificar algunos síntomas extraintestinales por alteraciones en el músculo liso, esta distorsión de la actividad fisiológica puede interpretarse por el paciente como eventos de peligro o amenaza imaginarias o reales que sugieren que la transmisión en la amígdala, núcleos circundantes y locus coeruleus lleve a efectos biológicos sobre la tensión arterial, intestino distal y recto que justifican y empeoran los síntomas.²⁶

Recientemente Lackner, en la Universidad de Búfalo, ha encontrado frecuencias similares en pacientes con SII y ansiedad y mediante tomografía computarizada con emisión de positrones ha documentado actividad neuronal anormal en pacientes con SII en la región parahipocampica y la porción derecha inferior de la corteza del cíngulo.²⁷

Esta pequeña serie nos da una idea que el patrón de comportamiento del componente somático en el SII, ya sea ansiedad o depresión, no es tan infrecuente y su prevalencia es alta. Se deberán reproducir otros estudios con mayor número de pacientes y con mejor metodología para confirmar la incidencia en nuestro país, ya que la información es escasa.

CONCLUSIONES

Esta pequeña serie demostró que el componente somático en el SII, en especial la ansiedad o la depresión están presentes en por lo menos la mitad de los pacientes y aunque no está considerado como un criterio de diagnóstico, es importante valorar su asociación, ya que en otras series se ha establecido una frecuencia hasta de 40% y esos pacientes se pueden beneficiar del tratamiento concomitante con fármacos ansiolíticos o antidepresivos que logren remitir los síntomas extraintestinales.

La mayor frecuencia del género femenino en esta entidad está por demás demostrada en numerosas series y únicamente habrá que tomar en cuenta que en este trabajo existió un factor estadístico asociado a una mayor prevalencia en el género femenino en lo que respecta a depresión y ansiedad.

REFERENCIAS

1. Lacy B, Lee RD. Irritable bowel syndrome: a syndrome in evolution. *J of Clin Gastroenterol* 2005; 39 (Suppl.): 230-42.
2. Schmulson MIII. Síndrome de intestino irritable: otra enfermedad sin base anatómica. *Gac Méd Méx* 2002; 138: 180-2.
3. Boyce PM, Talley MJ, Burkely C. Epidemiology of the functional gastrointestinal disorders diagnosed according to Rome II criteria: an Australian population-based study. *Inter Med J* 2006; 36: 28-36.
4. Pali-Hungin A, Tack J, Whorwell P. The truth in IBS (T-IBS) survey -an international study to assess the prevalence, epidemiology and impact of irritable bowel syndrome (IBS). *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 318.
5. Vaner SJ, Depew WT, Paterson WG. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2912-17.
6. Drossman DA, Camilleri M, Mayer E, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108-31.
7. Posserud I, et al. Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress. *Gut* 2004; 53: 1102-08.
8. Weinryb R, et al. Psychological factors in irritable bowel syndrome: a population-based study of patients, non-patients and controls. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 503-10.
9. Lackner J. No brain, no gain. The role of cognitive processes in irritable bowel syndrome. *J Cog Psych* 2005; 19: 125-36.
10. Lackner J. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Consul Clin Psy* 2004; 72: 1100-13.
11. Kuiken SD, Tytgat GN, Boeckstaens GE. Drugs interfering with visceral sensitivity for the treatment of functional gastrointestinal disorders-the clinical evidence. [Review] *A Pharm & Ther* 2005; 21: 633-51.
12. Morgan V, et al. Amitriptyline reduces rectal pain related activation of the anterior cingulate cortex in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 2005; 54: 601-7.
13. Vahedi H, et al. The effect of fluoxetine in patients with pain and constipation-predominant irritable bowel syndrome: a double-blind randomized-controlled study. *Aliment Pharm Ther* 2005; 22: 381-5.
14. Sykes-Mark A, et al. Psychopathology in irritable bowel syndrome: support for a psychophysiological model. *J Beh Med* 2003; 26: 361-72.
15. Henningsen P, et al. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psy Med* 2003; 65: 528-33.
16. Masand PS, et al. Major depression and irritable bowel syndrome: is there a relationship? *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 363-7.
17. Garakani-Amir, et al. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *Am J Ther* 2003; 10: 61-7.
18. Posserud I, et al. Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress. *Gut* 2004; 53: 1102-8.
19. Tone-Tangen H, Arnstein M, Dahl A. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population. The HUNT-II Study. *Psy Med* 2004; 66: 845-851.
20. López-Alvarenga JC, et al. Exactitud y utilidad diagnóstica del hospital de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (ADM) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Rev Invest Clín* 2002; 54: 403-9.
21. Lydiar RB, et al. Prevalence of psychiatry disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1993; 34: 229-34.
22. Katon W. Panic disorder and medical comorbidity: a review of the medical and psychiatric literature. *Bull Menninger Clinic* 1996; 60(Suppl.): 13-14.
23. Bonet JL, Luchia C. Psiconeuro-immunoendocrinología. *Rev Arg Psiq* 1995; 6(21).
24. Lackner JM, Lou Coad M, Mertz HR, Wack DS. Cognitive therapy for irritable bowel syndrome is associated with reduced limbic activity, GI symptoms, and anxiety. *Behav Res Ther* 2006; 44: 621-38.
25. Walker E, et al. Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *Am J Psychiatric* 1990; 147: 565-72.
26. Farthing MJ. Irritable bowel, irritable body, or irritable brain? *B Med Journal* 1995; 310: 171-5.
27. Andrews B, Hejdenberg J, Wilding J. Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview assessments. *J Affect Disord* 2006; 95: 29-34.