
Expertos Invitados

DIVULGACION E IMPLEMENTACION DE PRACTICAS EN SALUD MENTAL BASADAS EN LA EVIDENCIA

Patrick W. Corrigan, PsyD
Columnista Experto de SIIC

Institucion:
University of Chicago, Chicago, EE.UU.

Existen múltiples razones por las que las estrategias basadas en la evidencia no se implementan de manera satisfactoria en la actualidad. Estas razones reflejan casi cada factor concebible que influye sobre la provisión de servicios: leyes federales y estatales, ordenanzas municipales, políticas administrativas, prioridades de financiamiento, recursos comunitarios, preocupación de los que defienden los derechos de los consumidores, intereses de los usuarios locales y de los programas de entrenamiento para el personal. Las estrategias de difusión en los equipos se centran en su mayor parte en el último factor; por ejemplo, teniendo en cuenta que ciertas prácticas han demostrado ser eficaces en ayudar a algunas poblaciones con problemas específicos, ¿por qué los equipos terapéuticos responsables de su asistencia no utilizan tales prácticas? Tenemos dos objetivos en este artículo. En primer lugar, resumiremos los múltiples obstáculos para el uso por parte del equipo terapéutico de tratamientos basados en la evidencia. Posteriormente, haremos una revisión de las estrategias de divulgación basadas en la evidencia que han demostrado tener algunos efectos positivos sobre esas barreras.

Barreras para la divulgación de prácticas basadas en la evidencia

Hay dos grupos de barreras específicamente relacionadas con la divulgación y la implementación, por parte de los equipos, de prácticas basadas en la evidencia en personas con trastornos psiquiátricos.

1. Individualmente, los profesionales de salud mental carecen de los conocimientos y destrezas necesarios para asimilar las prácticas basadas en la evidencia dentro de sus enfoques regulares de tratamiento. Agregado a ello, las variables relacionadas con el trabajo, como el agotamiento de los trabajadores de la salud, socava el interés del equipo en el conocimiento de prácticas nuevas e innovadoras.
2. Muchas de las prácticas basadas en la evidencia requieren un equipo que brinde servicios en salud mental. Algunas características de la organización (escaso liderazgo, cultura que siente aversión por los cambios, insuficiente apoyo universitario, limitaciones burocráticas) se erigen como barreras y ocultan el esfuerzo del equipo para implementar y mantener las prácticas basadas en la evidencia.

Individualmente, los profesionales carecen de los conocimientos y las habilidades necesarias

Los miembros del equipo de salud mental, de quienes se espera la asimilación de programas basados en la evidencia para su práctica diaria, han de dominar tres tipos básicos de capacidades. Necesitan tener las *actitudes* que son fundamento de las prácticas basadas en la evidencia (Hadow & Mine, 1995; Good, Berembaun & Nisenson, 2000). La más importante entre estas actitudes consiste en cambiar la visión de un

tratamiento mayormente de vigilancia, en la percepción de la asistencia en salud mental como una forma de ayudar a las personas a reinserarse en la comunidad.

Además, quienes brindan este tipo de servicios también requieren un amplio rango de conocimientos para poder asimilar las prácticas basadas en la evidencia. Dos fundamentos específicos son especialmente importantes: información acerca del impacto de los trastornos psiquiátricos (por ejemplo: síntomas psiquiátricos, alteraciones sociales, evolución de los trastornos e impacto sobre el núcleo familiar) e información sobre intervenciones farmacológicas y psicosociales. Finalmente, los miembros del equipo de salud mental necesitan dominar una serie de *habilidades, herramientas conductuales* básicas esenciales para la implementación real de prácticas basadas en la evidencia (Jahr, 1998). Estas habilidades incluyen soporte interpersonal e instrumental, establecimiento de objetivos y entrenamiento en habilidades.

Existen numerosas razones por la que los miembros de un equipo terapéutico carecen de las actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas. Algunos nunca participaron previamente de un entrenamiento formal para aprenderlas. Otros recibieron entrenamiento no aplicable a los principios y prácticas esbozados por las nuevas técnicas. Algunos tienen los conocimientos y las habilidades necesarias, pero aún así no pueden implementar las normas basadas en la evidencia debido al estado de agotamiento que presentan. La investigación ha demostrado de manera repetida que los miembros de un equipo con altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización tienen menos probabilidades de ser conscientes de la posibilidad de implementar enfoques innovadores en su práctica (Corrigan, 1994; Donat & McKeegan, 1997). Agregado a ello, se encuentran menos interesados en el aprendizaje de nuevos abordajes terapéuticos, un hallazgo irónico teniendo en cuenta que este tipo de innovaciones potencialmente les brinda conocimientos y habilidades útiles para consignar los factores estresantes de su trabajo y contrarrestar el agotamiento.

El agotamiento de los miembros de un equipo también se asocia con menor apoyo universitario; es decir, probablemente los profesionales en salud mental que informan falta de cooperación y colaboración entre pares dentro del equipo terapéutico se encuentren emocionalmente exhaustos al finalizar su tarea (Corrigan, Holesmes y colaboradores, 1994; Corrigan, Williams y colaboradores, 1998). Esto constituye un problema pues el éxito de muchas de las prácticas basadas en la evidencia requiere esfuerzos coordinados del equipo tratante. Un equipo escasamente coordinado no podrá seguir un plan de manera dinámica; por ejemplo, cambiar los parámetros clave en la medida que las necesidades, los recursos y las habilidades del usuario se tornen más aparentes.

La investigación identificó numerosas razones por las que fracasa el apoyo universitario en el desarrollo dentro de un equipo terapéutico, sumado al agotamiento individual de cada uno de los miembros que los componen. Con frecuencia, los miembros del equipo perciben falta de control sobre las decisiones programáticas. Lejos de representar lo que para el profesional son necesidades clave y preocupaciones de sus pacientes, en opinión del equipo las innovaciones y sus correspondientes iniciativas de entrenamiento reflejan los intereses de los directivos (Milne y colaboradores, 2000; Reid, Everson & Green, 1999). Las prioridades administrativas se perciben con frecuencia como reflejo de intereses políticos abstractos y no de las necesidades más apremiantes del equipo de salud mental y los usuarios. A ello se agrega que los equipos terapéuticos frecuentemente informan que sus esfuerzos se empantanar ante el peso burocrático (Corrigan, Kwartarini & Pramana, 1992; Milne y colaboradores, 2000). Esto incluye la abrumadora cantidad de papeleo que se requiere para investigar la implementación y el impacto de los servicios. Una tercera variable clave del trabajo en equipo, es el liderazgo. ¿Tiene la persona responsable de coordinar el equipo y supervisar a sus miembros la habilidad necesaria para hacerlo?

Estrategias que facilitan la divulgación en el equipo

Una variedad de estrategias mejoran la divulgación y la implementación regular de prácticas basadas en la evidencia. Tres de ellas son revisadas aquí: **estrategias basadas en la tecnología** que hacen que las prácticas basadas en la evidencia sean más fáciles de usar a nivel del equipo de salud mental; **enfoques basados en la educación** que incrementan los conocimientos de los miembros del equipo y sus habilidades; y

estrategias basadas en la organización que mejoran las habilidades del equipo para trabajar en colaboración.

Hacer que la tecnología sea algo más fácil de usar

Algunas veces las prácticas basadas en la evidencia tienen componentes que interfieren en la transferencia desde el mundo académico al mundo real. Por ejemplo, los recursos y políticas que fuerzan el desarrollo de una práctica innovadora en un ámbito de investigación podrían no concordar con las demandas de los usuarios, de los profesionales y los directivos del sistema público de salud mental (Milne y colaboradores, 2000). **Los manuales de tratamiento y normas prácticas** son una estrategia clave para hacer que las prácticas basadas en la evidencia sean más accesibles a nivel del equipo de salud mental. Los manuales de tratamiento explican detalladamente los pasos específicos a través de los cuales los terapeutas deben guiar a los usuarios para alcanzar los objetivos del servicio. En el proceso, los investigadores en divulgación se dan cuenta de que los manuales brindan tecnología para superar algunas de las barreras de traducción que plantean los tratamientos basados en la evidencia. Los manuales de tratamiento sirven como ayuda para el trabajo tanto del equipo actual como de los miembros que se incorporen. Se trata de un recurso para la transmisión fácilmente revisable y actualizable.

Los manuales de tratamiento basados en la evidencia sirven a numerosos propósitos (Corrigan, MacKain & Liberman, 1994). Las microhabilidades que incluyen muchos manuales de tratamiento pueden ser aprendidas rápidamente incluso por los médicos generales. Por lo tanto, los programas no necesitan contratar profesionales costosos y especialmente entrenados para implementar los programas esbozados por estos manuales. Los manuales de tratamiento con frecuencia tienen validez de elevada expresión, que mejora la probabilidad de que el equipo de salud mental entienda la racionalidad del tratamiento e implemente la tecnología. También tienen, por lo general, sistemas de fidelidad incorporados que permiten a los profesionales asegurarse de que están implementando la práctica de manera correcta. Estos sistemas podrían incluir evaluaciones de resultados, que asistan al equipo para determinar si se están alcanzando los objetivos del usuario.

Educar al equipo en habilidades y principios

Los programas educativos tienen como objetivo dos grupos diferentes de personas; los que participan del entrenamiento previo al ingreso en el servicio (estudiantes preparándose para ingresar en los servicios de salud mental) y los que pertenecen al propio servicio (profesionales y asistentes que deben aprender enfoques basados en la evidencia recientemente desarrollados para actualizar su práctica). En términos de entrenamiento previo al ingreso en un servicio, los programas curriculares a nivel universitario han identificado una variedad de capacidades que se requieren para las posiciones actuales (Anthony y colaboradores, 1988; Backs y colaboradores, 2001, Gill y colaboradores, 1997). Importante número de investigaciones han examinado el impacto que el entrenamiento dentro del servicio tiene en la práctica diaria del equipo tratante en salud mental. De manera similar a la educación previa al ingreso, los programas que se desarrollan dentro del servicio se han centrado en la enseñanza de habilidades discretas que compensan la práctica basada en la evidencia (Pratt & Gill 1993; Rogers y colaboradores, 1986). Frecuentemente estos programas se implementan al mismo tiempo que se les enseña a los miembros del equipo el modo de utilizar prácticas basadas en manuales. La investigación ha mostrado que aquellos que completan este tipo de programas de entrenamiento mejoran sus actitudes en relación a las prácticas innovadoras (Addleton, Tracknack & Donat, 1991; Berryman, Evans & Kalbag, 1994; Cook, Yamaguchi & Solomon, 1993; Liberman /Eckman, 1989), aprenden más habilidades (Cook y colaboradores, 1998; Fadden, 1997; Rubel, Sobell & Miller, 2000) y ponen en práctica algunas de las habilidades en su práctica diaria (Kavanaugh y colaboradores, 1993; Milne y colaboradores, 2000; Wallace y colaboradores, 1992). Es probable que las habilidades aprendidas en el entrenamiento dentro del servicio se mantengan en el tiempo cuando dicho entrenamiento se da de manera conjunta con la práctica regular y en curso del consultorio (Donat, 1998; Liberman y colaboradores, 1982).

Aunque los enfoques basados en la educación describen el primer paso necesario en la divulgación de prácticas basadas en la evidencia, tienen dos limitaciones significativas. En primer lugar, los profesionales médicos y paramédicos de muchas veces deciden no

participar en los programas educativos o abandonarlos antes de completar el entrenamiento (Lieberman y colaboradores, 1982; Lieberman, Nuechterlein & Wallace, 1982; Rogers y colaboradores, 1986). Como resultado, una porción significativa de la población que ofrece servicios asistenciales nunca recibe entrenamiento. En segundo lugar, los que aprenden nuevas habilidades durante el entrenamiento dentro del servicio pueden fracasar en el desarrollo de servicios de tratamiento perdurables basados en estas habilidades (Corrigan, MacKain & Liberman, 1994; Wallace y colaboradores, 1992). Los programas educativos son más exitosos cuando en los miembros del equipo se refuerza la noción de utilización de nuevas habilidades (Bucklin y colaboradores, 2000; Frederiksen, 1982; Reid & Parson, 2000).

Mejorar la dinámica de la organización

Como se resaltó anteriormente, hay numerosas razones por las que un equipo que ofrece tratamiento podría no estar interactuando con cohesión. Cada una de ellas sugiere focos de atención necesaria para estrategias basadas en la organización. Los trabajos conducidos por psicólogos de la organización y expertos en administración del sector de negocios apuntan a algunas de estas estrategias.

Mejorar el liderazgo del equipo

Las investigaciones indentificaron dos tipos de liderazgo especialmente eficaces para los servicios que brinda el equipo: el transformacional y el transaccional (Avolio, Bass & Jung, 1999; Bass, 1999). Los líderes que utilizan habilidades transformacionales alientan a los miembros del equipo a visualizar su trabajo desde perspectivas más elevadas y a desarrollar caminos innovadores para manejar los problemas emergentes. Las habilidades específicas relacionadas con el liderazgo transformacional promueven inspiración, estimulación intelectual y consideración individual. Por su parte, las habilidades de liderazgo de tipo transaccional incluyen el establecimiento de objetivos, retroalimentación, autoseguimiento y refuerzo de estrategias que ayuden a los miembros del equipo a mantener programas eficaces. La investigación ha demostrado que los líderes de equipo que participaron en este tipo de entrenamiento mostraron mejoría significativa en la consideración individualizada y en la retroalimentación en sus funciones de supervisor (Corrigan, Lickey y colaboradores, 2000). La mejoría en el liderazgo también se ha asociado con la satisfacción que muestra el usuario y su calidad de vida (Corrigan, Lickey y colaboradores, 2000).

Administración de calidad total

Los psicólogos de organizaciones han desarrollado estrategias de administración de calidad total (TQM, *total quality management*) útiles para facilitar las habilidades del equipo para trabajar en grupo e implementar programas de intervención eficaces (Deming, 1986; Priebe, 2000; Sluyter, 1998; Victor, Boynton /Stephens-Jahng, 2000).

La TQM tiene tres principios fundamentales.

- En primer término, la TQM es un grupo de estrategias de desarrollo organizacional que intenta mejorar la calidad y productividad del ámbito laboral en forma completa; por ejemplo, desde el nivel directivo hasta el entrenador y el consejero en rehabilitación encargados de la implementación diaria del programa. Los supervisores y los directivos con frecuencia no se ocupan de los asuntos diarios y de esta manera no son conscientes de las necesidades programáticas inmediatas (Marks y colaboradores, 1986; Yeager, 1979; Zemke, 1980).
- En segundo término, los esfuerzos para el desarrollo necesitan ser conducidos por la información más que por la opinión (Barter & Lall, 1992; Faumann, 1992). Por lo tanto, los empleados deben recolectar información objetiva para identificar las necesidades del programa y los progresos del usuario. Los empleados también deben recolectar información en curso para evaluar el impacto de cualquier desarrollo en el programa.
- Finalmente, la TQM valoriza el continuo mejoramiento de la calidad. Esto requiere que los miembros del equipo expliciten decisiones acerca del programa que puedan mejorar la calidad y la productividad del ámbito laboral en el tiempo.

Los esfuerzos para la toma de decisiones organizacionales, como los que la TQM respalda, con frecuencia no alcanzan cuando son generales y no específicos, o cuando

estos esfuerzos no logran ser conducidos por un período de tiempo significativo (Bowditch & Buono, 1994; Glaser & Backer, 1979; Pearlstein, 1991). De esta manera, los esfuerzos de la TQM que buscan incrementar enfoques basados en la evidencia necesitan centrarse de manera específica en habilidades compuestas y por un período prolongado de tiempo. Los estudios específicos de TQM concernientes a la práctica de la salud mental basada en la evidencia han sido limitados, si bien alguno de ellos afectó el diagrama y la actividad de reunión de datos en establecimientos de servicios (Hunter & Love, 1996; Sluyter & Mukherjee, 1993). Tres estudios de resultados han examinado el impacto de una variante de TQM denominada *entrenamiento interactivo de equipo* para prácticas basadas en la evidencia en establecimientos de salud mental (Corrigan, Holmes y colaboradores, 1995; Corrigan & McCracken, 1998).

Entrenamiento interactivo en equipo

El entrenamiento interactivo en equipo representa una integración de educación y enfoques del TQM para la divulgación (Corrigan & McCracken, 1998). Por ejemplo, varía de dos maneras importantes en los entrenamientos más tradicionales. Primero, el entrenamiento se focaliza en el establecimiento donde el equipo realiza las prácticas; de esta manera, los equipos pueden trabajar juntos para aprender nuevas prácticas y hacer un plan viable para su organismo. Segundo, el entrenamiento interactivo en equipo alienta el desarrollo de programas que no resultan perjudiciales. Además, este tipo de entrenamiento acompaña estos objetivos llevando al equipo a través de cuatro etapas:

- **Etapa I. Introducción al sistema.** Los asesores que ofrecen entrenamiento interactivo necesitan ganar la confianza de los miembros del equipo antes de que se produzca importante avance en el desarrollo del programa y el entrenamiento (Brooker, Tarrier & Barrowclough, 1992). Esta confianza se puede obtener mediante una evaluación de necesidades previa a la intervención; el mensaje es que nadie conoce mejor que el propio equipo los requerimientos para su entrenamiento. Los integrantes del equipo son entonces reunidos en una comisión de programas encargada de tomar las decisiones preliminares acerca de cómo implementar la intervención seleccionada.

Se elige una persona de la comisión como defensora de la marcha del programa y el entrenamiento (Corrigan, 1995). Paralelamente, la dirección selecciona un defensor administrativo para trabajar de manera estrecha con la comisión y a la vez asegurar que los intereses de los principales y medianos directores ejecutivos se encuentren representados. Esta unión entre el comité y la dirección es esencial.

- **Etapa II. Desarrollo del programa.** Los asesores de entrenamiento interactivo entonces trabajan con el defensor del programa y la comisión para tomar decisiones específicas acerca de las prácticas basadas en la evidencia que mejor se ajustan a sus necesidades. El asesor de entrenamiento utiliza esta oportunidad para educar a los miembros de la comisión y otros miembros clave del equipo acerca de los principios y los servicios que describe la intervención elegida. El asesor compromete a la comisión de programas en tomar las decisiones acerca de cómo el programa ideal deberá adaptarse para ajustarse a las necesidades de los participantes y el equipo. Los asesores utilizan su pericia para ayudar a la comisión a evaluar las decisiones iniciales; el cuestionamiento socrático es un medio útil para lograr este objetivo (Griffith & Frieden, 2000). Durante esta fase, el asesor se reúne con la dirección del organismo para ofrecer una visión del trabajo de la comisión.
- **Etapa III. Implementación del programa.** La comisión de programas conduce el programa antes de que se realice una nueva investigación; evaluar un programa piloto antes de implementarlo deja al descubierto sus debilidades. Los programas pilotos son conducidos por un subgrupo de miembros del equipo con un subgrupo de participantes del programa. La comisión de programas entonces utiliza un enfoque orientado a la resolución de problemas a fin de encontrar soluciones a las dificultades descubiertas en el programa piloto.

- **Etapas IV. Mantenimiento del programa.** Finalmente, el equipo establece estructuras que ayudan a mantener el programa recientemente desarrollado a largo plazo. A los miembros del equipo se los alienta para plantear preguntas acerca de la eficacia del programa, preguntas que llevan a respuestas que sugieren un plan de corrección. La comisión de programas entonces recoge información para determinar la eficacia del programa en términos de la pregunta específica (Bickman & Noser, 1999; Wandersman y colaboradores, 2000) y utiliza la información para realizar los ajustes necesarios.

Evolución o revolución

En este artículo, proponemos una variedad de estrategias de entrenamiento del equipo que podrán ayudar para que un programa existente lentamente evolucione hacia una intervención en el equipo que refleje el estado actual del conocimiento de los servicios basándose en la evidencia. Estas estrategias representan uno de dos paradigmas para el cambio de sistemas, que en algún otro lugar denominamos evolución *versus* revolución (Corrigan & Boyle, en prensa). La evolución ve la transformación de los sistemas como un proceso en curso y necesariamente lento que requiere del consenso entre todos los niveles involucrados en los cambios de actitud y conducta. La revolución refleja la impaciencia ante cambios lentos y busca reemplazar las tortuosas evoluciones con modificaciones más drásticas e inmediatas en el statu quo. La evolución y la revolución varían en términos del lugar de poder. Las perspectivas revolucionarias visualizan los sistemas como estancados en el statu quo; por ejemplo, el equipo de tratamiento de día sólo reconoce las fortalezas de este tipo de programas sin comprender los beneficios de apoyar el empleo. El cambio requiere una visión nueva y elocuente de los servicios. Esto sólo puede lograrse con participación de los que se encuentran en la cima del poder, que son quienes poseen los medios y los recursos para implementarlos. Están incluidos los organismos gubernamentales con capacidad de conducción, organismos de servicios estatales responsables de la diagramación del servicio en su área, grupos que puedan activar protestas en los distritos para presionar público y proveedores de servicios, y los directores de organismos encargados de la diagramación de la normatización de los programas.

La perspectiva evolucionista visualiza el statu quo de otra manera; es decir, más que una barrera para sortear, la ve como una realidad que debe ser tenida en cuenta. Los líderes de los programas, los miembros ejecutivos del equipo y los usuarios de servicios han predeterminado el modo en que los servicios son actualmente conducidos y de la manera en que esto se expresa en la práctica diaria a lo largo de los últimos años. Un cambio drástico en estos asuntos sin el ingreso de gente trabajando en ello y consumiendo el programa podría enajenarlos en el statu quo. Como resultado, podrían levantar barreras significativas a los cambios en el sistema.

Las variaciones en el lugar de poder pueden hacer que el proceso de cambio, desde el punto de vista de la experiencia, se dé de manera diferente de la de los que tienen intereses en juego. La evolución respalda un proceso democrático en el que todos aquellos con intereses clave brinden aportes. Como resultado, las transiciones en el sistema son lentas y tediosas en la medida que se busca consenso. Al intentar ser inclusivos, los que proponen enfoques evolucionistas están tratando de conservar a todos los líderes de programas actuales, a miembros del equipo y a los consumidores.

En el proceso, reconocen la importancia del pasado e intentan incorporar los principios y las prácticas del modo en que se llevaron adelante estos asuntos en el sistema en evolución. De esta forma, el sistema cambiante no aparecerá como extraño para los participantes, en cuanto a objetivos y actividades. En comparación, la perspectiva revolucionaria puede aparecer como más autocrática. Ampliamente insatisfechos con las formas en que se proveyeron servicios, los grupos clave de poder decidieron que ahora se requiere un cambio. El llamado para un cambio en el sistema puede parecer abrupto y se puede percibir el mensaje por el equipo y los consumidores como "súbase ahora a este tren de nuevos servicios dejando la estación, o quédese".

Las filosofías de entrenamiento y las prácticas que guían el cambio en el sistema difieren entre los enfoques evolucionistas y revolucionarios. Teniendo en cuenta que las

preocupaciones de la evolución requieren el consenso y la historia, los programas de entrenamiento buscan ser familiares y brindar control para los que actualmente tienen intereses en juego. Por el contrario, la revolución, insatisfecha del statu quo, tiende a ser más enérgica en cuanto a los objetivos y métodos de entrenamiento. El nuevo modo en que los asuntos cotidianos deberán conducirse se corresponde con normas que difieren drásticamente con las viejas fórmulas. Aquellos cuya responsabilidad es cambiar las prácticas del equipo deben decidir entre los enfoques evolucionistas que se mencionaron en este artículo o los enfoques revolucionarios.

Bibliografía

- Addleton R, Tratnack S, Donat D: Hospital-based multidisciplinary training in the care of seriously mentally ill patients. *Hospital & Community Psychiatry* 42: 60-61, 1991
- Anthony W, Cohen M, Farkas M, et al: The chronically mentally ill case management: more than a response to a dysfunctional system. *Community Mental Health Journal* 24(3): 219-228, 1988
- Avolio B, Bass B, Jung D: Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the multifactor leadership questionnaire. *Journal of Occupational & Organizational Psychiatry* 72(4): 441-462, 1999
- Backs AB, Giffort DW, McCracken SG, et al: Public academic training partnership for paraprofessionals who provide psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Skills: In press*
- Barter JT, Lall K: "Accreditation." Edited by T.A. Talbott, R.E. Hales, & S.L. Keill, *Textbook of Administrative Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992
- Bass B: Current developments in transformational leadership: research and applications. *Psychologist – Manager Journal* 3: 5-21, 1999
- Berryman J, Evans IM, Kalbag A: The effects of training in nonaversive behavior management on the attitudes and understanding of direct care staff. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 25: 241-250, 1994
- Bickman L, Noser K: Meeting the challenges in the delivery of child and adolescent mental health services in the next millennium: the continuous quality improvement approach. *Applied & Preventive Psychology* 8(4): 247-255, 1999
- Bowditch JL, Buono AF: *A primer on organizational behavior (3rd Ed.)*. New York: Wiley, 1994
- Brooker C, Tarrier N, Barrowclough C: Training community psychiatric nurses for psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry* 160: 836-844, 1992
- Bucklin B, Alvero A, Dickinson A, et al: Industrial-organizational psychology and organizational behavior management: an objective comparison. *Journal of Organizational Behavior Management* 20(2): 27-75, 2000
- Cook J, Horton-O'Connell T, Fitzgibbon G, et al: Training for state-funded providers of assertive community treatment. *New Directions For Mental Health Services* 79: 55-64, 1998
- Cook J, Yamaguchi J, Solomon M: Field-testing a post-secondary faculty in-service training for working with students who have psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 17: 157-170, 1993
- Corrigan PW: Differences between clinical and nursing inpatient staff: implications for training in behavioral rehabilitation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25: 311-316, 1994
- Corrigan PW: Wanted: champions of rehabilitation for psychiatric hospitals. *American Psychologist* 50: 514-521, 1995
- Corrigan PW, Boyle, M: Mental health system change: Evolution or revolution? *Administration and Policy in Mental Health*, in press
- Corrigan PW, Holmes EP, Luchins D, et al: Staff burnout in psychiatric hospitals: a cross legged panel design. *Journal of Organizational Behavior* 15: 65-74, 1994
- Corrigan PW, Holmes EP, Luchins D, et al: The effects of interactive staff training on staff programming and patient aggression in a psychiatric unit. *Behavioral Interventions* 10: 17-32, 1995
- Corrigan PW, Kwartarini WY, Pramana W: Barriers to the implication of behavior therapy. *Behavior Modification* 16: 132-144, 1992
- Corrigan PW, Lickey SE, Campion J, et al: A short course in leadership skills for the rehabilitation team. *The Journal of Rehabilitation* 66(2): 56-58, 2000

Colección Trabajos Distinguidos, Serie Salud Mental, Volumen 6, Número 6

- Corrigan PW, MacKain SJ, Liberman RP: Skills training modules: a strategy for dissemination and utilization of a rehabilitation innovation. Edited by J. Rothman & E. Thomas, Intervention Research (pp 317-352). Chicago: Haworth Press, 1994
- Corrigan PW, McCracken SG: An interactive approach to training teams and developing programs. *New Directions For Mental Health Services* 79: 3-12, 1998
- Corrigan PW, Williams OB, McCracken SG, et al: Staff attitudes that impede the implementation of behavioral treatment programs. *Behavior Interventions* 9: 1-12, 1998
- Deming WE: *Out of crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, 1986
- Donat D: Impact of a mandatory behavioral consultation on seclusion / restraint utilization in a psychiatric hospital. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 29: 13-19, 1998
- Donat D, McKeegan G: Behavioral knowledge and occupational stress among inpatient psychiatric caregivers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21: 67-69, 1997
- Fadden G: Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. *Journal of Mental Health (UK)* 6: 599-612, 1997
- Fauman M: Quality assurance monitoring in psychiatric manual of psychiatric quality assurance: 57-67, 1992
- Frederiksen L: *Handbook of organizational behavior management*. New York: Wiley, 1982
- Gill KJ, Pratt CW, Barrett N: Preparing psychiatric rehabilitation specialists through undergraduate education. *Community Mental Health Journal* 33: 323-329, 1997
- Glaser EM, Backer TE: Organization development in mental health services. *Administration in Mental Health* 6: 195-215, 1979
- Good T, Berenbaum H, Nisenson L: Residential caregiver attitudes toward seriously mentally ill persons. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes* 63: 23-33, 2000
- Griffith B, Frieden G: Facilitating reflective thinking in counselor education. *Counselor Education & Supervision* 40(2): 82-93, 2000
- Haddow M, Milne D: Attributes to community care: development of a questionnaire for professionals. *Journal of Mental Health* 4(3): 289-296, 1995
- Hunter ME, Love CC: Total quality management and the reduction of inpatient violence and costs in a forensic psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 47: 751-754, 1996
- Jahr E: Current issues in staff training. *Research in Developmental Disabilities* 19: 73-87, 1998
- Kavanagh DJ, Piatkowska O, Clark D, et al: Application of cognitive behavioral interventions for schizophrenia in multidisciplinary teams: what can the matter be? *Australian Psychologist* 28: 181-188, 1993
- Liberman RP, Eckman T: Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities: overcoming obstacles to the utilization of a rehabilitation innovation. *British Journal of Psychiatry* 155 (Suppl 5): 117-122, 1989
- Liberman RP, Eckman T, Kuehnel T, et al: Dissemination of new behavior therapy programs to community mental health programs. *American Journal of Psychiatry* 139: 224-226, 1982
- Liberman RP, Nuechterlein K, Wallace C: *Social skills training and the nature of schizophrenia*. Edited by J.P. Curran and P.M. Monti, *Social skills training: a practical handbook for assessment and treatment*: 5-56, 1982
- Marks ML, Mirvis P, Hackett E, et al: Employee participation in a quality circle program: impact on quality of work life, productivity, and absenteeism. *Journal of Applied Psychology* 71: 61-69, 1986
- Milne D, Gorenski O, Westerman C, et al: What does it take to transfer training? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 4: 259-281, 2000
- Pearlstein R: Who empowers leaders? *Performance Improvement Quarterly* 4(4): 12-20, 1991
- Pratt C, Gill K: Profit sharing in psychiatric rehabilitation: a five-year evaluation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 17(2): 33-41, 1993
- Priebe S: Ensuring and improving quality in community mental health care. *International Review of Psychiatry* 12(3): 226-232, 2000

- Reid D, Everson J, Green C: A systematic evaluation of preferences identified through person-centered planning for people with profound multiple disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis* 32(4): 467-477, 1999
- Reid D, Parsons M: Organizational behavior management in human service settings. *Handbook of Applied Behavior Analysis*: 275-294, 2000
- Rogers ES, Cohen BF, Danley KS, et al: Training mental health workers in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 12: 709-719, 1986
- Rubel E, Sobell L, Miller W: Do continuing education workshops improve participants' skills: effects of a motivational interviewing workshop on substance abuse counselors' skills and knowledge. *AABT The Behavior Therapist* 23: 73-80, 2000
- Sluyter G: Total quality management in behavioral health care. *New Directions For Mental Health Services* 79: 35-43, 1998
- Sluyter GV, Mukherjee AK: Total Quality Management for Mental Health and Mental Retardation Services: A paradigm for the '90s. Annandale, Va.: American Network of Community Options and Resources, 1993
- Victor B, Boynton A, Stephens-Jahng T: The effective design of work under total quality management. *Organizational Science II*: 102-117, 2000
- Wallace CJ, Liberman RP, MacKain SJ, et al: Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *American Journal of Psychiatry* 149: 654-658, 1992
- Wandersman A, Imm P, Chinman M, et al: Getting to outcomes: a results-based approach to accountability. *Evaluation & Program Planning* 23(3): 389-395, 2000
- Yeager E: Examining the quality control circle. *Personnel Journal* 58: 682-708, 1979
- Zemke R: Honeywell imports quality circles as long-term management strategy. *Training* 17: 6-10, 1980

CALIDAD DE VIDA Y SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO ANTES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO Y DESPUÉS DE EL

Columnista Experta de SIIC

Dra. Patrizia Burra

Sección de Gastroenterología, Departamento de Ciencias Quirúrgicas y Gastroenterológicas, Universitàdegli Studi, Padua, Italia

Padua, Italia **(especial para SIIC)**

La calidad de vida mejoró en sus aspectos físicos y psicológicos en la mayoría de los pacientes en diferentes períodos consecutivos al trasplante. No obstante, es aconsejable asegurar un seguimiento psicológico continuo, en especial en las recurrencias de la infección por HCV.

RESUMEN

El impacto sobre la calidad de vida (CDV) de la enfermedad hepática y las complicaciones médicas, así como el sufrimiento psicológico antes del trasplante hepático ortotópico (THO) y después de él, son temas de interés creciente. Se utilizaron cuestionarios de autoevaluación para analizar la CDV (LEIPAD Quality of Life Test) y el sufrimiento psicológico (Brief Symptom Inventory, BSI) en pacientes con cirrosis en lista de espera para THO y en receptores de trasplantes hepáticos. La CDV fue significativamente mejor y menor el sufrimiento psicológico en la mayoría de los receptores de trasplantes que en los sujetos con cirrosis. Se registró una CDV significativamente peor 13 a 24 meses después del THO en los ítem de Satisfacción Vital y Funcionamiento cognitivo, detectándose grados significativamente mayores de sufrimiento psicológico a los 7-12 meses. Las complicaciones médicas y el tratamiento inmunosupresivo no influyeron sobre la CDV o el sufrimiento psicológico después del THO. Los pacientes que recibieron trasplantes por cirrosis relacionada con HCV y que presentaron una recurrencia de la infección en los 6 meses consecutivos al THO exhibieron valores significativamente mayores en los ítem de Depresión, Ansiedad, Fobia Social y Paranoia que los sujetos negativos para ese virus. Los pacientes que recibieron trasplantes por hepatopatía alcohólica (HA) presentaron niveles más bajos en la subescala de Depresión que el resto

de los participantes 1-3 años después del THO. En conclusión, el trasplante hepático alivia el sufrimiento psicológico y mejora la mayoría de los aspectos de la CDV. La infección recurrente por HCV se asocia con mayor sufrimiento psicológico y la HA, con sufrimiento psicológico más leve.

Palabras clave: calidad de vida, sufrimiento psicológico, trasplante hepático, cirrosis.

SUMMARY

The impact of liver disease and medical complications on quality of life (QOL) and psychological distress before and after orthotopic liver transplantation (OLT) is a matter of growing interest. Self-testing questionnaires were used to evaluate QOL (LEIPAD Quality of Life test) and psychological distress (Brief Symptom Inventory, BSI) in cirrhotic patients listed for OLT and in liver transplant recipients. QOL was significantly better and psychological distress lower in most of the transplant recipients than among cirrhotic patients. A significantly worse perceived QOL was recorded 13-24 months after OLT in the domains of Life Satisfaction and Cognitive Functioning, while a significantly greater psychological distress was detected at 7-12 months. Medical complications and immunosuppressive therapy did not influence QOL or psychological distress after OLT. Patients transplanted for HCV-related cirrhosis who had HCV recurrence within 6 months after OLT showed significantly greater Depression, Anxiety, Phobic Anxiety and Paranoid Ideation than HCV-negative patients. Patients transplanted for alcoholic liver disease (ALD) showed lower Depression than all other recipients 1-3 years after OLT. We concluded that liver transplantation relieves psychological distress and improves most QOL domains. Recurrent HCV infection is associated with more severe psychological distress. ALD is associated with less severe psychological distress.

INTRODUCCION

La evaluación de la calidad de vida (CDV) en relación con la salud analiza los cambios producidos en la salud física, funcional, mental y social, otorgando mayor importancia al bienestar general del individuo y constituye un nuevo indicador en las intervenciones médicas.¹ La CDV está alterada en pacientes con cirrosis hepática porque la progresión clínica de la enfermedad y la presencia de complicaciones relacionadas con la enfermedad tienen un fuerte impacto sobre las actividades cotidianas, el desempeño social y el estado psicológico.² El trasplante hepático ortotópico (THO) mejora la CDV en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales,³⁻¹⁰ pero los pacientes no recuperan los niveles de CDV informados para la población general,^{8,11,12} aunque aún no se han definido los factores que explican las diferencias persistentes. La CDV y el sufrimiento psicológico después del THO podrían ser influidos por complicaciones posquirúrgicas, por el efecto del tratamiento inmunosupresivo¹³⁻¹⁵ y por la recurrencia de la enfermedad hepática.^{16,17} Los objetivos de este estudio prospectivo transversal fueron:

1. evaluar la CDV y el sufrimiento psicológico en pacientes adultos con cirrosis antes del THO
2. determinar la influencia del THO sobre la CDV y el sufrimiento psicológico a largo plazo
3. analizar el efecto de la etiología de la enfermedad hepática, la inmunosupresión y las complicaciones médicas sobre la CDV y el sufrimiento psicológico.

METODOS

Pacientes

Se evaluaron en total 141 pacientes divididos en siete grupos (tabla 1). En la tabla 2 se presentan las características demográficas y en la tabla 3, las indicaciones para THO en cada grupo de pacientes.

Tabla 1. Categorías de pacientes evaluados.

Grupo	Número de pacientes incluidos	THO
A	40	En lista de espera para THO
B	21	0 – 6 meses después del THO
C	17	7 – 12 meses después del THO
D	21	13 – 24 meses después del THO
E	15	25 – 36 meses después del THO
F	20	37 – 48 meses después del THO
G	7	49 – 60 meses después del THO

Tabla 2. Características demográficas de los pacientes.

	<i>Pre-THO</i>	<i>Post-THO</i>					
	Grupo A	Grupo B (0-6 m)	Grupo C (7-12 m)	Grupo D (13-24 m)	Grupo E (25-36 m)	Grupo F (37-48 m)	Grupo G (49-60 m)
N	40	21	17	21	15	20	7
Sexo							
M/F	28/12	19/2	14/3	14/7	7/8	16/4	4/3
Edad							
Media (años)	47.7	45.1	44.4	45.5	51.5	49.5	43.1
DE	11.6	10.4	13.9	11.7	8.8	10.4	13.3
Rango (años)	20-61	22-63	24-63	22-65	35-65	27-61	26-63
Educación (años de escolaridad)							
< 5	0	0	1	0	1	0	0
5	15	8	3	6	7	4	2
6-8	11	7	5	5	6	9	3
9-13	12	4	8	10	2	6	2
> 13	2	2	0	0	0	0	0
Trabajo							
Empleado	12	9	7	9	1	5	2
Retirado	20	11	8	11	11	14	4
Tareas domésticas	8	1	2	1	3	1	1
Estado marital							
Soltero	6	6	3	3	6	3	1
Casado	31	14	13	17	7	13	6
Viudo	0	0	0	0	2	0	0
Divorciado	3	1	1	1	0	4	0

Tabla 3. Etiología de la enfermedad hepática.

	<i>Pre-THO</i>	<i>Post-THO</i>					
	Grupo A	Grupo B (0-6 m)	Grupo C (7-12 m)	Grupo D (13-24 m)	Grupo E (25-36 m)	Grupo F (37-48 m)	Grupo G (49-60 m)
Etiología							
Alcohol	12	5	2	2	2	5	1
HCV	15	9	6	7	7	11	2
HBV/HDV	5	3	2	5	2	0	2
Colestasis	6	2	2	3	3	4	2
Otras	2	2	5	4	1	0	0

Calidad de vida y evaluación del sufrimiento psicológico

En todos los pacientes se realizaron evaluaciones de la CDV y el sufrimiento psicológico mediante la administración de cuestionarios estandarizados de autoevaluación que median aspectos físicos, psicológicos y de desempeño laboral. Se utilizaron las escalas LEIPAD Quality of Life Scale¹⁸ y Brief Symptoms Inventory (BSI)¹⁹. La primera es una herramienta de evaluación global de la CDV que analiza aspectos físicos, mentales y socioeconómicos. La segunda es un instrumento específico diseñado para evaluar el estado psicológico y detectar sufrimiento psicológico y emocional. La escala LEIPAD ha sido desarrollada específicamente para evaluar la CDV en una forma que sea sensible a las modificaciones secundarias a cualquier tipo de intervención (médica, quirúrgica, social). Consiste en 25 ítem que evalúan seis áreas: Funcionamiento Físico (FIS), Cuidado de Sí Mismo (CS), Depresión y Ansiedad (D-A), Funcionamiento Cognitivo (COG), Funcionamiento Social (SOC) y Satisfacción Vital (SV). Una evaluación global de la CDV se expresa por el puntaje total de la escala LEIPAD, que resume los resultados de las diferentes subescalas.

El BSI es una lista de síntomas para autoevaluación utilizada en una amplia variedad de ambientes y aplicaciones. Está constituida por 53 ítem seleccionados para reflejar 9 dimensiones de síntomas primarios: Somatización (SOM), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (OC), Sensibilidad Interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Fobia Social (FOB), Paranoia (PAR) y Psicosis (PSI). El BSI se asocia con un Índice General de Severidad (GSI), que combina información sobre el número de síntomas y la intensidad del sufrimiento percibido.

Evaluación médica

En el momento de la evaluación de la CDV, en todos los pacientes se realizaron un examen clínico, pruebas de función hepática y renal y análisis de marcadores de infección viral por HBV, HCV y HDV. En todos se realizaron, además, biopsias hepáticas a los 6 y a los 12 meses del trasplante, posteriorente a intervalos anuales o cuando estuviera indicado por los resultados anormales en los estudios de función hepática.

El tratamiento inmunosupresivo consistió en ciclosporina A o tacrolimus; en todos los pacientes los esteroides fueron suspendidos después de 3 meses del THO y en sujetos con disfunción renal se utilizó azatioprina. El rechazo celular agudo fue tratado con bolos de esteroides (metilprednisolona 1 g/día IV durante 3 días). Los niveles sanguíneos de ciclosporina o tacrolimus se midieron en el momento de la evaluación de la CDV en todos los pacientes que recibieron trasplantes.

Las complicaciones médicas fueron analizadas en los sujetos con cirrosis (hemorragia gastrointestinal, infecciones, osteoporosis, diabetes, ascitis, edema periférico, prurito e ictericia) y en los que recibieron trasplantes (infecciones, hipertensión, osteoporosis, hiperplasia gingival, cefalea y temblor), estableciéndose un puntaje semicuantitativo (0 = ausente; 1 = complicación leve; 2 = moderada; 3 = grave). La enfermedad hepática recurrente por HCV fue confirmada con las pruebas de función hepática, marcadores virales e histología del material de biopsia.

Análisis estadístico

Se asignaron puntajes numéricos para cada pregunta del BSI y la escala LEIPAD, sumándolos para obtener puntajes globales en cada categoría y expresándolos posteriormente como medias \pm DE. Cuanto menor era el puntaje, mejor era el nivel de CDV percibido para todas las categorías.^{24,25} Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar puntajes de categorías LEIPAD o BSI entre diferentes grupos de pacientes. Se utilizó la prueba Rho de Spearman para explorar asociaciones entre los datos médicos (variables físicas y bioquímicas) y la CDV. Se consideró significativo un valor p igual o menor que 0.05.

RESULTADOS

Calidad de vida

- LEIPAD

Los puntajes totales de LEIPAD para cada grupo de pacientes se presentan en la figura 1.

Después del THO se observaron valores más bajos en todos los grupos de pacientes en comparación con los obtenidos en quienes se encontraban en lista de espera. Las diferencias fueron estadísticamente significativas en los Grupos B, F y G ($p < 0,05$) en comparación con el Grupo A.

En la tabla 4 se presentan los valores de LEIPAD obtenidos en diferentes áreas para cada grupo de pacientes. La subescala correspondiente a Funcionamiento Físico fue significativamente mejor en todos los grupos después del trasplante en comparación con los valores obtenidos antes del mismo (Grupo B: $p = 0.004$; Grupo C $p = 0.007$; Grupo D: $p = 0.036$; Grupo E: $p = 0.005$; Grupo F: $p = 0.003$; Grupo G: $p = 0.004$). Los puntajes de Depresión y Ansiedad fueron significativamente mejores en el Grupo B que en el A ($p = 0,022$). Los de Satisfacción Vital lo fueron en los grupos B ($p = 0.005$), F ($p = 0.004$) y G ($p = 0.0016$) en comparación con el Grupo A y significativamente peores en el Grupo D que en el G ($p = 0.024$).

El ítem correspondiente a Funcionamiento Cognitivo exhibió la misma tendencia que las áreas mencionadas, observándose una diferencia significativa entre los Grupos D y F ($p = 0.024$).

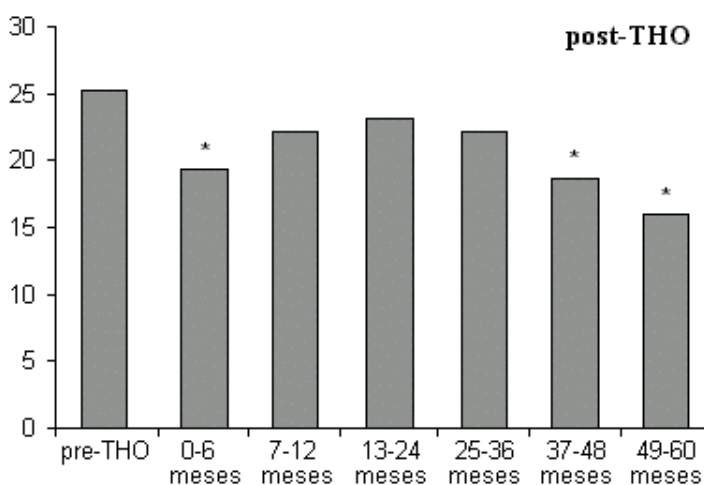


Figura 1. Calidad de vida (CDV) global en pacientes en lista de espera para el trasplante hepático (pre-THO) y en diferentes periodos consecutivos a la intervención, expresada por los puntajes LEIPAD totales. Para cada grupo de pacientes, cuanto menor era el puntaje mejor era la CDV percibida, la que mejoró significativamente en la mayoría de los sujetos después del THO (* $p < 0.05$ vs. pacientes pre-THO).

- BSI

Los puntajes del Índice Global de Estrés (Global Stress Index, GSI) para cada

grupo de pacientes se presentan en la figura 2. En comparación con los hallazgos previos al THO, el GSI exhibió mejores valores en el Grupo B y los peores en los grupos C y D, aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística.

En la tabla 5 se presentan los puntajes BSI correspondientes a diferentes áreas para cada grupo de pacientes. La Sensibilidad Interpersonal fue significativamente peor en el Grupo C que en el A ($p = 0.018$); en los Grupos B, E y G se obtuvieron mejores valores que en el Grupo C ($p = 0.023$; $p = 0.016$); $p = 0.015$, respectivamente). La ansiedad fue significativamente peor en el Grupo C que en el B ($p = 0.032$).

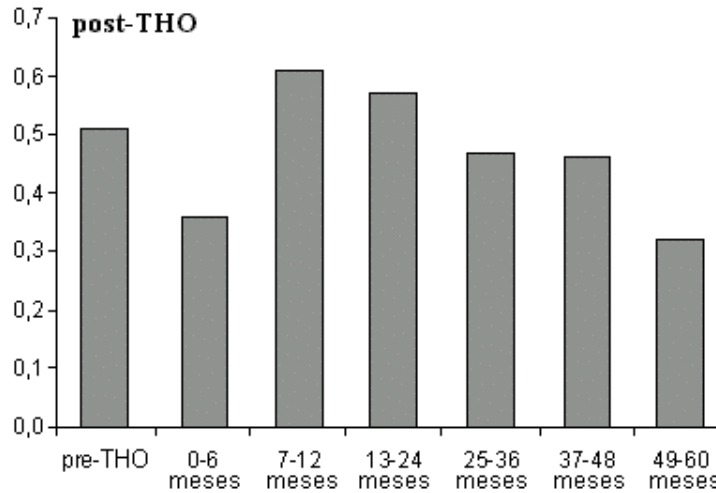


Figura 2. Sufrimiento psicológico de pacientes en lista de espera para el trasplante hepático (pre-OLT) y en diferentes períodos consecutivos al mismo, expresado por los puntajes GSI. En cada grupo de pacientes, cuanto menor era el puntaje también lo era el grado de sufrimiento psicológico.

Tabla 5. Puntajes BSI (media \pm DE) en diferentes áreas para cada grupo de pacientes.

AREAS	Pre-OLT	Post-OLT					
	Grupo A	Grupo B (0-6 m)	Grupo C (7-12 m)	Grupo D (13-24 m)	Grupo E (25-36 m)	Grupo F (37-48 m)	Grupo G (49-60 m)
Somatización	0.69 \pm 0.71	0.43 \pm 0.64	0.71 \pm 0.56	0.51 \pm 0.45	0.60 \pm 0.46	0.49 \pm 0.56	0.41 \pm 0.45
Trastorno obsesivo-compulsivo	0.67 \pm 0.20	0.48 \pm 0.50	0.84 \pm 1.00	0.77 \pm 0.90	0.73 \pm 0.60	0.48 \pm 0.50	0.47 \pm 0.4
Sensibilidad interpersonal	0.39 \pm 0.01	0.36 \pm 0.40 §	0.74 \pm 0.70 *	0.57 \pm 0.60	0.30 \pm 0.40 §	0.43 \pm 0.50	0.18 \pm 0.30 §
Depresión	0.52 \pm 0.17	0.29 \pm 0.25	0.57 \pm 0.54	0.55 \pm 0.60	0.46 \pm 0.46	0.50 \pm 0.47	0.36 \pm 0.30
Ansiedad	0.62 \pm 0.33	0.41 \pm 0.40	0.82 \pm 0.73 °	0.68 \pm 0.69	0.49 \pm 0.40	0.57 \pm 0.49	0.31 \pm 0.20
Hostilidad	0.46 \pm 0.21	0.35 \pm 0.46	0.54 \pm 0.62	0.67 \pm 0.77	0.52 \pm 0.56	0.46 \pm 0.50	0.43 \pm 0.42
Fobia social	0.31 \pm 0.12	0.20 \pm 0.22	0.31 \pm 0.45	0.30 \pm 0.38	0.21 \pm 0.23	0.24 \pm 0.40	0.09 \pm 0.10
Paranoia	0.49 \pm 0.2	0.41 \pm 0.41	0.42 \pm 0.54	0.53 \pm 0.69	0.55 \pm 0.56	0.44 \pm 0.41	0.37 \pm 0.57
Psicosis	0.42 \pm 0.01	0.32 \pm 0.42	0.52 \pm 0.59	0.59 \pm 0.73	0.41 \pm 0.33	0.51 \pm 0.54	0.31 \pm 0.36

* $p < 0.05$ vs pre-OLT; § $p < 0.05$ vs 7-12 meses post-OLT; ° $p < 0.05$ vs 0-6 meses post-OLT.

Correlaciones entre CDV y complicaciones médicas

- **Pacientes cirróticos**
La gravedad de la enfermedad hepática se clasificó de acuerdo al puntaje de Child-Pugh (A = 6 pacientes; B = 19; C = 15). Las complicaciones médicas en pacientes con cirrosis incluyeron: ascitis en 23, edema periférico en 17, prurito en 16, ictericia en 27, diabetes en 8, osteoporosis en 22, hemorragia gastrointestinal en 8 e infecciones en 7. En los pacientes con cirrosis, ninguno de los parámetros de la CDV en el BSI o la escala LEIPAD se correlacionó con las pruebas de función hepática o renal, el puntaje de Child-Pugh o los puntajes de complicaciones médicas.
- **Pacientes que recibieron trasplantes**
Las complicaciones médicas en los pacientes que recibieron trasplantes fueron: osteoporosis en 45, hiperplasia gingival en 11, cefalea en 7, temblor en 12 y diabetes en 10. El tratamiento inmunosupresivo consistió en ciclosporina en 86 pacientes y tacrolimus en 15. Ningún sujeto había desarrollado episodios de rechazo agudo en el momento de la evaluación de la CDV.
En los pacientes que recibieron trasplantes ninguno de los parámetros evaluados en el BSI y la escala LEIPAD se correlacionó con las pruebas de función hepática y renal, los niveles sanguíneos de ciclosporina o tacrolimus o los puntajes de complicaciones médicas.

Etiología de la enfermedad hepática

- **Calidad de vida en los pacientes que recibieron trasplantes por hepatopatía relacionada con HCV**
Treinta de 42 pacientes (71.4%) que recibieron trasplantes por cirrosis relacionada con HCV sufrieron hepatopatía recurrente relacionada con este virus demostrada histológicamente (6 pacientes en el Grupo B, 4 en el Grupo C, 6 en el

Grupo D, 5 en el Grupo E, 7 en el Grupo F y 2 en el Grupo G). La complicación se calificó de la siguiente manera: cambios leves en 16 casos (53.4%), hepatitis crónica en 11 (36.6%) y cirrosis en 3 (10%). Los pacientes con recurrencia de HCV demostrada histológicamente tuvieron valores de GSI significativamente peores que los receptores de THO negativos para este virus ($n = 59$) (0.60 ± 0.49 vs. 0.39 ± 0.32 , $p = 0,016$). Cuando se consideraron diferentes intervalos de tiempo después del THO, el GSI fue significativamente peor 6 meses después de la cirugía en pacientes con recurrencia de HCV que en los sujetos negativos para el virus ($p = 0.03$) (figura 3).

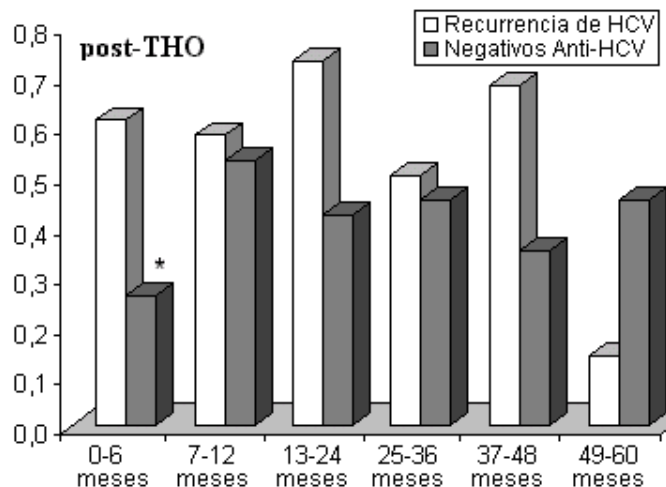


Figura 3. Sufrimiento psicológico en diferentes momentos después del trasplante hepático (THO) en pacientes con recurrencia del HCV demostrada histológicamente (recurrencia de HCV) y en sujetos negativos para este agente (HCV-negativos), expresado con los puntajes GSI. Los pacientes con recurrencia del HCV en los primeros 6 meses consecutivos al THO exhibieron niveles significativamente más elevados de sufrimiento psicológico en comparación con los sujetos negativos para este agente (* $p = 0.03$).

En el BSI, los pacientes con recurrencia de HCV demostrada histológicamente tuvieron valores más bajos para los ítem de Depresión ($p = 0.023$), Ansiedad ($p = 0.038$), Fobia Social ($p = 0.001$) y Paranoia ($p = 0.033$) en comparación con los sujetos negativos para HCV (figura 4).

No se observaron diferencias en la CDV en los puntajes LEIPAD totales, como así tampoco en los puntajes separados para diferentes áreas e intervalos entre los pacientes con recurrencia del HCV demostrada histológicamente y los sujetos negativos para este agente.

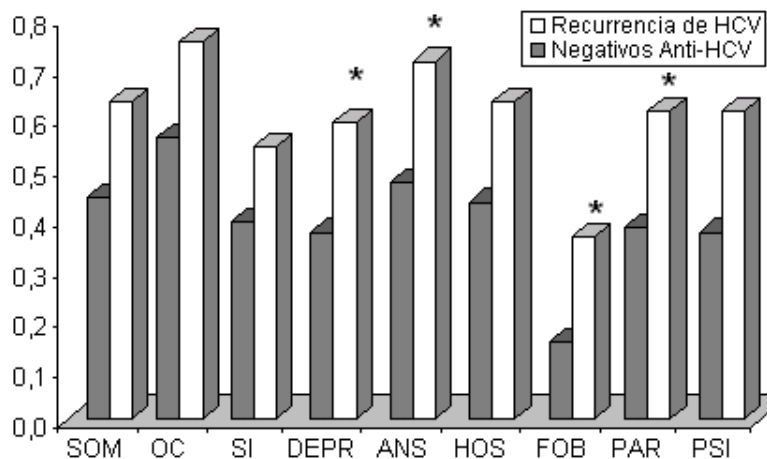


Figura 4. Sufrimiento psicológico evaluado con el BSI 6 meses después del trasplante hepático en pacientes con recurrencia del HCV demostrada histológicamente (recurrencia de HCV) y en sujetos negativos para este agente (HCV-negativos). Los primeros exhibieron

Colección Trabajos Distinguidos, Serie Salud Mental, Volumen 6, Número 6
índices significativamente más elevados para los ítem de Depresión (DEPR: *p = 0.023), Ansiedad (ANS: *p = 0.038), Fobia social (FOB: *p = 0.01) y Paranoia (PAR: *p = 0.033) que los participantes HCV-negativos. (SOM: Somatización; OC: Trastorno Obsesivo-Compulsivo; SI: Sensibilidad Interpersonal; HOS: Hostilidad; PSI: Psicosis).

Al comparar los pacientes con recurrencia de HCV demostrada histológicamente después del trasplante con los que no desarrollaron esta complicación (n = 12) no se observaron diferencias significativas en la escala LEIPAD total (31.7 ± 8.52 vs. 30.5 ± 9.51) ni en los puntajes GSI (0.6 ± 0.5 vs. 0.5 ± 0.3).

- Calidad de vida en los pacientes que recibieron trasplantes por hepatopatía alcohólica (HA)
En 14 de 101 pacientes (16.8%) el trasplante hepático fue indicado por HA; ninguno desarrolló HA recurrente después del THO. No se observaron diferencias entre los pacientes con HA que recibieron trasplantes y el resto de los participantes después del procedimiento en lo que respecta a la CDV, de acuerdo a los puntajes totales de la escala LEIPAD y los puntajes aislados para diferentes áreas e intervalos. En el BSI, Se obtuvieron mejores valores para el ítem de Depresión 1 a 3 años después del THO en los pacientes con HA que en el resto de los participantes (0.5 ± 1.0 vs. 3.54 ± 3.33 , $p = 0.029$).

DISCUSION

Los resultados de este estudio confirmaron que la mayoría de los aspectos referidos a la CDV mejoran después del trasplante hepático. Nuestro estudio realizó especialmente una evaluación general de la CDV (medida por la escala LEIPAD) y el sufrimiento psicológico percibido por los pacientes (medido con el BSI) con el fin de integrar la percepción global de la CDV después del THO con los cambios psicológicos y emocionales. Estas dos escalas fueron seleccionadas porque actualmente no existe ningún cuestionario específico para trasplantes.

Por lo tanto, asumimos que las escalas adecuadas para las "enfermedades médicas" podían ser utilizadas en el ámbito del trasplante hepático.

Los pacientes con cirrosis en lista de espera para el trasplante tienen una mala CDV y perciben un bajo nivel de bienestar. La cirrosis hepática es una afección potencialmente mortal y los pacientes refieren numerosos trastornos físicos debidos a la enfermedad hepática terminal y sus complicaciones que, empero, no se correlacionan con su CDV global. Presentan un severo sufrimiento psicopatológico originado en el temor de no recibir el trasplante antes de que el deterioro clínico obligue a excluirlos de la lista de espera o les provoque la muerte.

La calidad de vida en los primeros 6 meses consecutivos al trasplante mejora en sus aspectos físicos y psicológicos. El elevado puntaje de la CDV relacionada con la salud en un período en el que los problemas físicos aún son relevantes podría expresar una sensación de renacimiento con una reacción excesiva ante la salud recuperada, lo que podría influir positivamente en los niveles informados del estado de salud. No obstante, este mejor nivel de CDV no dura mucho tiempo, debido a que se registraron peores puntajes de CDV 1 a 2 años después del trasplante.

Esta declinación podría expresar la dificultad de los pacientes para adaptarse a las condiciones postrasplante, cuando deben afrontar los problemas físicos secundarios a las complicaciones médicas y las consecuencias psicológicas de aceptar su nueva integridad corporal, su dependencia de las drogas y del personal médico y las dificultades en el ámbito social y profesional. La presunción de que la aceptación psicopatológica del trasplante no coincide con la aceptación biológica del injerto^{2,20} es confirmada por nuestros datos, demostrando que el funcionamiento físico (expresado por las pruebas de función hepática y renal y las complicaciones médicas) no se correlacionan con ningún parámetro de la CDV.

Una nueva mejoría de la CDV, junto con la reducción del sufrimiento psicológico, fue observada 3 a 5 años después del THO cuando los pacientes alcanzaron una nueva estabilidad psicológica y emocional.

Con respecto a la posible influencia del tratamiento sobre la CDV, se informó una asociación entre el empleo de agentes inmunosupresivos con el desarrollo de alteraciones neurológicas y psicológicas nuevas y recurrentes.¹³⁻¹⁵ En nuestro estudio, ni la ciclosporina ni el tacrolimus se correlacionaron con ningún parámetro de la CDV. El tratamiento con esteroides, que puede asociarse con diversos efectos psicológicos,^{14,15} fue suspendido 3 meses después del trasplante en todos los pacientes. Además, ninguno había experimentado episodios de rechazo agudo en el momento de la evaluación de la CDV, por lo que ni el tratamiento con estas drogas ni el manejo del rechazo con ellas podrían haber estado relacionados con los cambios en la CDV observados en nuestro estudio.

A pesar de una buena CDV global, cabe mencionar que la infección recurrente por HCV y la enfermedad hepática después del trasplante se asocian con sufrimiento psicológico en las áreas que evaluaron la depresión, la ansiedad, la fobia social y la paranoia. Esto fue particularmente evidente a los 6 meses del trasplante, cuando los pacientes expresaron su temor a enfermar nuevamente a pesar del nuevo órgano, lo que indudablemente afectó su percepción de una buena salud. Los pacientes con recurrencia de la infección por HCV, con un seguimiento más prolongado, se comportan de manera similar a los que reciben trasplantes por enfermedades hepáticas de otras etiologías, probablemente porque saben que cualquier progresión de su afección relacionada con el HCV tendrá escasas consecuencias porque sólo se desarrolla cirrosis en un pequeño número de casos.^{21,22} Se informaron depresión y sufrimiento psicológico en pacientes de sexo masculino con hepatitis recurrente relacionada con el HCV en el primer año consecutivo al trasplante²³ y nuestros datos confirman que el reconocimiento de una enfermedad recurrente en el nuevo aloinjerto representa una causa más importante de sufrimiento psicológico que la alteración física per se.

Estos hallazgos confirman la necesidad de realizar una evaluación específica de los candidatos HCV-positivos antes del trasplante con el fin de brindarles mejor información acerca del elevado riesgo de recurrencia, aunque con progresión relativamente lenta de la enfermedad.

Un programa de apoyo psicológico durante el seguimiento consecutivo al trasplante es esencial para los pacientes con hepatopatía recurrente grave relacionada con el HCV, con el fin de manejar rápidamente los síntomas de depresión y ansiedad. Por cierto, a pesar del buen pronóstico de la recurrencia del HCV en la mayoría de los casos, no es posible descartar una progresión rápida de la infección con insuficiencia hepática ulterior y el retrasplante aún es un tema controvertido.

No existen coincidencias acerca de la indicación de THO a los pacientes con hepatopatía alcohólica, debido a la preocupación por la recidiva y la supervivencia.^{24,25} Por el momento es escasa la información acerca de los cambios en la CDV de pacientes con HA después del trasplante. No obstante, nuestros resultados sobre la CDV de pacientes con HA que recibieron trasplantes son buenos y estos sujetos exhibieron menos sufrimiento psicológico que el resto de los que recibieron trasplantes hasta 3 años después de la cirugía. El nivel de función física y psicológica alcanzado por los pacientes con HA fue el mismo que los que recibieron trasplantes por otras causas de insuficiencia hepática. La atención exitosa de los pacientes con HA deberá incluir la voluntad de ofrecerles un trasplante y el tratamiento simultáneo de los aspectos referidos al comportamiento en el alcoholismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Testa MA, Simonson D. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13):835-40.
2. Younossi ZM, Guyatt G. Quality-of-life assessment and chronic liver disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 97(7): 1037-41.
3. Gross CR, Malinchoc M, Kim WR, Evans RW, Wiesner RH, Petz JL, Crippin JS, Klintmalm GB, Levy MF, Ricci P, Therneau TM, Dickson ER. Quality of life before and after liver transplantation for cholestatic liver disease. *Hepatology* 1999; 29: 356-64.
4. Kuchler T, Kober A, Broelsch C, Kremer B, Henne-Bruns D. Quality of life after liver transplantation. *Clin Transplant* 1991; 5(2): 94-101.

5. Bonsel J, Essink-Bot ML, Klompaker IJ, Slooff MJH. Assessment of the quality of life before and following liver transplantation. *Transplantation* 1992; 53: 796-900.
6. Tarter RE, Switala JA, Arria A, Plail J, Van Thiel D. Quality of life before and after orthotopic hepatic transplantation. *Arch Intern Med* 1991; 151: 1521-26.
7. Levy MF, Jennings L, Abouljoud MS, Mulligan DC, Goldstein RM, Husberg BS, Gonwa TA, Klintmalm GB. Quality of life improvements at one, two, and five years after liver transplantation. *Transplantation* 1995; 59: 515-18.
8. Littlefield C, Abbey S, Fiducia D, Cardella C, Greig P, Levy G, Maurer J, Winton T. Quality of life following transplantation of the heart, liver and lungs. *Gen Hosp Psy* 1996; 18: 36S-47S.
9. Belle SH, Porayko MK, Hoofnagle JH, Lake JR, Zetterman RK for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Liver Transplantation Database (LDT). Changes in quality of life after liver transplantation among adults. *Liver Transplant Surg* 1997; 3(2): 93-104.
10. Hellgren A, Berglund B, Gunnarsson U, Hansson K, Norberg U, Bachman L. Health related quality of life after liver transplantation. *Liver Transplant Surg* 1998; 4(3): 215-21.
11. Dew MA, Switzer GE, Goycoolea JM, Allen AS, DiMartini A, Kormos RL, Griffith BP. Does transplantation produce quality of life benefits? *Transplantation* 1997; 64(9): 1261-73.
12. Bravata DM, Olkin I, Barnato AE, Owens DK. Health-related quality of life after liver transplantation: a meta-analysis. *Liver Transpl Surg* 1999; 5(4): 318-31.
13. Di Martini AF. Neuropsychiatric side effects of FK506 vs Cyclosporine A. First week postoperative findings. *Psychosomatics* 1997; 38(6): 565-69.
14. Brown ES, Suppers T. Mood symptoms during corticosteroid therapy: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 5(5): 239-46.
15. Vanelle JM, Aubin F, Michel F. Psychiatric complications of corticotherapy. *Rev Prot* 1990; 40(6): 556-58.
16. Dickson RC, Wright RM, Bacchetta MD, Bodily SE, Caldwell SH, Driscoll CJ, Pruett TL, Ishitani MB. The quality of life of hepatitis B and C patients after liver transplantation. *Clin Transplant* 1997; 11: 282-85.
17. Singh N, Gayowski T, Wagener MM, Marino IR. Quality of life, functional status, and depression in male liver transplant recipients with recurrent viral hepatitis C. *Transplantation* 1999; 67(1): 69-72.
18. De Leo D, Diekstra RFV, Lonqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, Dello Buono M, Haultunen A, Zucchetto M, Rozzini R, Grigolette F, Sampaio-Faria J. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behav Med* 1998 ; 24(1) : 1-27.
19. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptoms Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 595-605.
20. Leyendecker B, Bartholomew U, Neuhaus R, Horhold M, Blumhardt G, Neuhaus P, Klapp BF. Quality of life of liver transplant recipients. *Transplantation* 1993; 56(3): 561-67.
21. Terrault NA, Wright TL. Hepatitis C virus in the setting of transplantation. *Semin Liver Dis* 1995; 15(1): 92-100.
22. Shah G, Demetris AJ, Gavaler JS, Lewis JH, Todo S, Starzl TE, VanThiel DH. Incidence, prevalence and clinical course of hepatitis C following liver transplantation. *Gastroenterology* 1992; 103: 323-29.
23. Singh N, Gayowski T, Wagener MM, Marino IR. Quality of life, functional status, and depression in male liver transplant recipients with recurrent viral hepatitis. *Transplantation* 1999; 67(1): 69-72.
24. Shakil AO, Pinna A, Demetris J, Lee RG, Fung JJ, Rkela J. Survival and quality of life after liver transplantation for acute alcoholic hepatitis. *Liver Transplant Surg* 1997; 3(3): 240-44.
25. Knechtle SJ, Fleming MF, Barry KL, Steen D, Pirsch JD, D'Alessandro AM, Kalayoglu M, Belzer FO. Liver transplantation in alcoholics: assessment of psychological health and work activity. *Transplant Proc* 1993; 25(2): 1916-18

PERFIL PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN



Columnista Experto de SIIC
Dr. Juan Manuel Astiz

Jefe del Servicio de Cirugía, Clínica Güemes, Luján, Argentina
en colaboración con
Ana María López Yáñez (Licenciada en Psicología, Servicio de Cirugía. Clínica Güemes, Luján)

Buenos Aires, Argentina (**especial para SIIC**)

Para que un estímulo externo o situaciones de estrés desencadenen la enfermedad, se requiere un terreno preparado o la existencia de un cuadro latente hasta ese momento.

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio inespecífico, de etiología desconocida y que afecta a cualquier segmento del tubo digestivo, pero que prevalece en el intestino delgado y en el colon.

Aunque una serie de publicaciones anteriores referían la enfermedad (10), fue la descripción de Crohn, Ginzburg y Oppenheimer en 1932 (4) como una inflamación transmural del ileon terminal, la que le dio las características de una entidad diferente y con rasgos propios. En 1951, Morson y Lockhart - Mummery (17) describieron la colitis granulomatosa, manifestación en el intestino grueso de la misma enfermedad.

Su diferenciación de la colitis ulcerosa, con la cual comparte la denominación de enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica, es a veces dificultosa. El examen patológico puede revelar aspectos coincidentes, lo que llevó a considerar que en el 15% de los casos se podía describir una colitis indeterminada (3), y se han publicado casos en que ambas enfermedades coexistían (32).

La relación entre los trastornos psicológicos y las enfermedades inflamatorias intestinales inespecíficas ha sido motivo de controversias. A la etapa psicósomática de los años 40, sucedió el concepto etiológico de la enfermedad autoinmune. Ninguna de esas teorías pudo confirmarse definitivamente, como tampoco lo hicieron las que establecían pautas raciales, infecciosas o alimentarias.

La enfermedad de Crohn varía no sólo en extensión y severidad del compromiso intestinal y extraintestinal sino también en su presentación. Sin embargo, estas variaciones son insuficientes para explicar la versatilidad de las presentaciones clínicas de la enfermedad (9,26). Pacientes con similar compromiso patológico pueden tener muy diferente sintomatología. Las diferencias entre enfermedad y malestar no pueden ser explicadas por hallazgos biológicos y morfológicos, y se las considera relacionadas con factores psicológicos (9).

Es sumamente importante considerar la posibilidad de que los trastornos psicosociales influyan en el desencadenamiento de la enfermedad y afecten su evolución, así como también estudiar si el apoyo psicoterápico puede modificar el curso del trastorno y formar parte de las propuestas terapéuticas. Por otra parte, se ha tratado de establecer si se podía identificar un tipo de personalidad para los enfermos con enfermedad inflamatoria específica y si había elementos suficientes que permitieran diferenciar la personalidad de los pacientes con colitis ulcerosa de los que padecen enfermedad de Crohn. En la literatura frecuentemente no se diferenció el perfil psicológico de ambas enfermedades (26).

INICIO DE LA ENFERMEDAD

No ha sido fácil determinar si un impacto psicosocial, como por ejemplo una situación de estrés o pérdida, puede ser un factor etiológico en las enteritis inespecíficas.

La presencia de trastornos psicológicos y de factores psicossomáticos que puedan contribuir al comienzo y exacerbación de las enfermedades inflamatorias intestinales inespecíficas ha sido el motivo de intensos debates desde el trabajo original de Murray en 1930 (18) y posteriormente el de Karush (14). Ellos afirmaron que un evento bien definido, de poderoso impacto emocional, precede a la enfermedad por unos días o semanas. Las recurrencias serían también desencadenadas por tales eventos. Pero subsecuentes estudios aleatorizados tuvieron resultados discordantes (19,26).

Hubo informes que confirmaron esta presunción (7,9), pero Goligher (10), trabajando en Leeds (UK), halló que la gran mayoría de sus pacientes no relacionaron el comienzo de su enfermedad con algún episodio de estrés. North (20) no halló asociación entre eventos estresantes y exacerbación del proceso hasta 2 meses después de ocurridos, pero sí entre depresión y severidad de los síntomas.

Algunos autores creen que es difícil aceptar al episodio emocional como factor etiológico principal y nunca se demostró un incremento de estas enfermedades en poblaciones sometidas a fuertes situaciones de estrés, como las que sufrieron bombardeos, saqueos o severo confinamiento. Cuando existió un antecedente de estrés, éste no hizo más que agravar una situación preexistente, desconocida hasta ese momento y ese agravamiento la puso en evidencia. Para Schmitt (30), el factor psíquico no es un factor determinante sino un factor promotor, dentro de la etiología multifactorial de la enfermedad.

Los antecedentes familiares, como convivir con un miembro que sufre trastornos intestinales u otras situaciones conflictivas, pueden causar estrés emocional, magnificar la enfermedad y perturbar el resultado del tratamiento (26). Según Drossman (6), se debe prestar atención a una posible historia de abuso sexual o físico, antecedentes que se encuentran frecuentemente en pacientes con enfermedad gastrointestinal crónica.

EVOLUCIÓN

Si se admite que un proceso asintomático puede convertirse en evidente luego de una situación de estrés agudo, se está aceptando que este último influye en la evolución de la enfermedad. Se debe aceptar entonces la posibilidad de que el apoyo terapéutico puede beneficiar su curso (26). Pero esta última perspectiva no tiene consenso unánime, porque habría que demostrar mejoras anatómicas y sintomáticas que muchos trabajos no comprobaron (5,13).

En la serie de Goligher (10), sólo el 14% de los pacientes tenía trastornos psicológicos que necesitaran tratamiento o admitían que consideraban las recaídas como relacionadas con traumas emocionales. Andrews y colaboradores de Birmingham (2) hallaron en cambio que una tercera parte de los enfermos con colitis ulcerosa y Crohn presentaban enfermedad psiquiátrica del tipo de la depresión y ansiedad, y que esos trastornos afectaban desfavorablemente la recuperación física de la enfermedad.

Helzer (12) halló en los pacientes con enfermedad de Crohn un mayor porcentaje de desórdenes psiquiátricos, en algún momento de su vida, que en la población general, y un número significativamente mayor tuvo diagnóstico de depresión. Helzer (12) no halló evidencias de interacción entre esos desórdenes y la actividad de la enfermedad, pero Prikazska (23) observó que las terapias específicas pueden prolongar los períodos de remisión y mejorar la calidad de vida, por lo que piensa que la intervención psicosocial debería ser una parte del tratamiento de los pacientes con esta enfermedad.

Enk y Schafer (8) en cambio tienen ideas absolutamente diferentes. Sostienen que luego de 50 años de investigación psicossomática de la enfermedad de Crohn nunca se pudo demostrar un tipo de enfermedad psicológica específica. Creen que la psicoterapia puede mejorar los trastornos ocasionados por una enfermedad crónica, pero no afecta el curso clínico de la enfermedad. North en 1991 (20), en un estudio prospectivo, determinó que

aunque se hallaron cambios en el humor como consecuencia de exacerbaciones de la enfermedad intestinal inflamatoria, no hubo evidencias que eventos estresantes o episodios de depresión precipitaran exacerbaciones en ese grupo de pacientes.

La falta de coincidencias entre distintos estudios no es sorprendente porque en la mayoría existen significativas limitaciones metodológicas (21,26), como muestras pequeñas, diseños no prospectivos, falta de grupos control y selección no apropiada de instrumentos psicológicos y de análisis de los datos. De esa manera, resultados estadísticamente no significativos podrían significar sólo que en el estudio no se consideraron todas las medidas psicológicamente relevantes.

Según Ringel y colaboradores (26), experiencias estresantes como vivir en una familia con conflictos (divorcio o pérdidas) pueden magnificar el malestar causado por la enfermedad y empeorar los resultados de la terapéutica.

El comportamiento del paciente con una enfermedad crónica como la de Crohn no está sólo determinado por el tipo de enfermedad, su severidad y su actividad. Los factores psicológicos, los modificadores psicosociales, los factores ambientales y los culturales también hacen sentir su influencia en determinar cuándo y cómo se experimenta la enfermedad y las actitudes individuales y comportamientos relacionados con ella.

Drossman y colaboradores (26) diseñaron un modelo biopsicosocial que permite comprender mejor la complejidad de la enfermedad. Los factores fisiológicos, ambientales y psicológicos interactúan simultáneamente a múltiples niveles y afectan sus determinantes, llevando a la variabilidad individual.

IMPACTO PSICOLOGICO DE LAS ENTERITIS INESPECIFICAS

No es fácil diferenciar los trastornos psicosociales previos o recientes que pueden influir en el curso del proceso, de los trastornos ocasionados por enfermedades crónicas, que necesitan tratamientos caros, agresivos y muy prolongados. En estos últimos casos el apoyo terapéutico tendería al bienestar del paciente pero no necesariamente a la mejoría evolutiva del proceso patológico. Los estudios psicológicos demostraron, que a pesar de las consecuencias potencialmente adversas de las enfermedades inflamatorias inespecíficas, la mayoría de los pacientes mantienen un funcionamiento físico y social adecuados, al menos comparable al de otras enfermedades crónicas ambulatorias.

Los estados psicológicos de distrés y malhumor transitorios, como depresión y ansiedad, son comunes en la enfermedad de Crohn. Esta situación puede acentuarse por el efecto de medicación específica. Se ha notado que la morbilidad concurrente en la enfermedad de Crohn es mayor que en la colitis ulcerosa u otras enfermedades crónicas intestinales, lo que posiblemente se relaciona con la mayor severidad de la primera (26)

PATRON DE CONDUCTA EN LAS ENTERITIS INESPECIFICAS

Cuneen afirma que los pacientes con enteritis inespecífica no tienen un tipo universal y único de personalidad característica y no se pudo demostrar un aumento de enfermedad psiquiátrica cuando se los compara con la población general.

Se ha tratado de encontrar características específicas de personalidad en las diferentes enfermedades inflamatorias inespecíficas, pero la metodología y resultados no han resultado convincentes (27). Ahrens (1) notó en los pacientes con colitis ulcerosa una menor supresión cognitiva de afectos que en los que padecían Crohn. Los primeros mostraron una mayor tendencia a tomar ventaja de una oferta de tratamiento psicoterapéutico. Reindell (25) apoya la hipótesis de que hay diferencias en las estructuras psíquicas entre ambas enfermedades inflamatorias intestinales. Los pacientes que padecen colitis ulcerosa son más parecidos entre ellos de lo que se observa en el Crohn. Los primeros dan la impresión de ser «más normales» y mejor ajustados. Entre los segundos debe diferenciarse a los de mayor edad, más depresivos, de los más jóvenes, más activos y con pronunciada tendencia a mostrar conflictos de dependencia.

Algunos autores sostienen que estos pacientes presentan un déficit para discriminar entre diferentes estados afectivos y manifestar con palabras sus emociones (16,28).

Este fenómeno ha sido denominado alexitimia por los psicosomatistas de Boston. La alexitimia (del griego «ausencia de palabras para describir emociones») ha sido descrita en varias enfermedades incluyendo la colitis ulcerosa y el Crohn. El alexitímico no sólo presenta dificultades para describir estados afectivos, sino también para distinguir un afecto de otro y no sólo en lo que se refiere a los afectos dolorosos sino que también existe en ellos una profunda incapacidad para experimentar satisfacción y placer.

La ruptura de los lazos emocionales constituye la principal actividad psíquica en los estados alexitímicos. Para Marty y De Muzan (16), estos pacientes se caracterizan por un pensamiento operatorio y por un modo pragmático de relacionarse con otras personas. No sólo son inamovibles a partir de los estímulos emocionales sino que parecen poseer una deficiencia general de energía y vitalidad. Aunque técnicamente entienden las palabras y el lenguaje, son incapaces de «leer» la intención y la expresividad que trascienden las meras construcciones verbales.

En estos pacientes la angustia y cualquier tensión psíquica alcanzan un escaso grado de mentalización y tienden a manifestarse directamente como trastornos somáticos. Su tendencia a comunicar el distrés emocional mediante síntomas somáticos y trastornos de conducta, en vez de expresiones verbales, puede asociarse con mayor necesidad de apoyo psicológico y peores resultados con el tratamiento médico de la enfermedad (31).

Aunque es evidente que este tipo de funcionamiento mental no atañe sólo a los pacientes psicosomáticos, las investigaciones de los psicosomatistas muestran que tales estructuras de personalidad tienden a incrementar la vulnerabilidad psicosomática, sobre todo cuando el modo operatorio de existencia es el único medio del que dispone el sujeto para tratar con los acontecimientos diarios.

Según Hartmann (11), la alexitimia puede tener relevancia clínica en estos casos, lo que convertiría a la enfermedad de Crohn en un desorden psicosomático. Para Smith (29), el paciente con enfermedad de Crohn tiene un comportamiento más pueril y alexitímico que los que padecen colitis ulcerosa. Los primeros, para ese autor, tienen un perfil psicológico propio.

En un estudio bibliográfico North (21) observó que la enfermedad de Crohn, a diferencia de la colitis ulcerosa, está estadísticamente asociada con desórdenes psiquiátricos, por lo general modestos. Porcelli y colaboradores (22) en cambio, si bien encuentran más alexitímicos entre los enfermos que padecen enfermedad inflamatoria intestinal que en los sujetos normales, no encontraron diferencias significativas entre el Crohn y la colitis ulcerosa.

TRATAMIENTO

Terapia farmacológica

En el tratamiento de los trastornos psicológicos de la enfermedad de Crohn se pueden usar medicaciones con efectos psicotrópicos o centrales, por ejemplo antidepresivos, con lo que se tratan desórdenes comórbidos, psiquiátricos o afectivos. El tratamiento de la depresión es similar al de los pacientes que no tienen enfermedad inflamatoria intestinal crónica, y por lo común consiste en medicación antidepresiva y psicoterapia. Al elegir la medicación antidepresiva en la enfermedad de Crohn se debe tener en cuenta que algunos de ellos tienen efectos colaterales, como la constipación, y variaciones en el grado de absorción intestinal. Los antidepresivos, además de su efecto específico, pueden como analgésicos centrales, elevar el umbral del dolor. Se han usado especialmente los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la serotonina durante 6 a 12 meses. Se debe informar a los pacientes que la medicación puede tardar varias semanas en hacer efecto, que no es adictiva y que si tuvieran efectos colaterales, éstos mejorarán en 1 o 2 semanas. (26)

Terapia psicológica

Es motivo de discusiones si todos los enfermos con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn deban tener apoyo psicológico. Tampoco existe consenso sobre las intervenciones psicosociales más apropiadas para este tipo de enfermos (15), pero existe el convencimiento de que cuando el estrés y otros factores subjetivos contribuyen en el

sufrimiento causado por la enfermedad, el apoyo psicológico es muy conveniente. Jantscheck y su grupo (13) no encontraron mejores evoluciones patológicas en pacientes tratados con corticoides, si se le agregaba psicoterapia. Schmitt (30) sostiene que, como no ha habido suficientes estudios controlados, no existen pruebas de los efectos ventajosos de la psicoterapia en el curso de la enfermedad en niños y adolescentes, pero sin embargo no hay dudas sobre que la adecuada atención psicológica ayuda en la convalecencia.

Es claro que hay un grupo de enfermos en que la indicación es absolutamente clara:

- pacientes que tienen enfermedad psiquiátrica, estrés mayor de vida o pérdida de sujeto querido
- los que sufrieron abuso físico o sexual
- pacientes con pérdida de capacidad laboral o con relaciones familiares severamente comprometidas
- los que presentan sintomatología exagerada en relación a los hallazgos patológicos.

No se puede dejar de destacar la importancia de proveer un apoyo emocional a estos enfermos. La psicoterapia ha demostrado su valor en estas circunstancias. Según Ramchandani (24), la atención de la comorbilidad psiquiátrica, la calidad de adaptación a la enfermedad y la buena relación médico-paciente son componentes esenciales en un abordaje comprensivo y exitoso de estas enfermedades crónicas. Para Ringer (26) es sumamente importante mantener con los pacientes una información adecuada de la enfermedad en curso, ya que un nivel bajo de información se relaciona con un nivel alto de temor. Los autores infieren que una información adecuada puede reducir los temores y aprehensiones de los pacientes, aumentar su ajuste a la enfermedad, mejorando su estado de salud y el resultado del tratamiento.

Para efectuar un abordaje psicoterapéutico de estos enfermos se recomienda

- Establecer una buena relación terapeuta-paciente.
- Ayudar en la adaptación a los estresantes.
- Ayudar al paciente a tomar responsabilidad en el cuidado de la salud.
- Comprometer a la familia.
- Ayudar a aceptar y tolerar una enfermedad crónica, más que a tener expectativas de cura, y limitar la discusión de síntomas a la necesidad de satisfacer inquietudes médicas.

CONCLUSIONES

- a. Se desconoce si los trastornos psicológicos son factor etiológico de la enfermedad de Crohn. Luego del auge de las escuelas psicósomáticas en los años 40, actualmente la mayoría de los autores estiman que no lo son. En cualquier caso, se necesitaría no sólo el estímulo sino también el terreno preparado o la enfermedad inaparente hasta ese momento para que el estímulo externo, situación de estrés o pérdida, lo pusiera en evidencia.
- b. Los trastornos psicológicos influyen en la evolución de la enfermedad en algunos enfermos en que la relación entre trauma y exacerbación es evidente. En otros enfermos esa concatenación es menos evidente o no se puede detectar.
- c. La psicoterapia influye muy favorablemente en algunos pacientes, aunque no se relaciona en muchos casos la mejoría sintomatológica con la mejoría anatomopatológica.
- d. La enfermedad de Crohn, proceso de evolución prolongada y curación incierta, con tratamientos agresivos, caros y extendida en el tiempo, representa de por sí una

fuentes de trastornos psicológicos, que pueden beneficiarse con la terapia psicológica.

- e. No se ha podido establecer con precisión un perfil psicológico común y específico para los pacientes que padecen enfermedad de Crohn, aunque algunos de ellos presentan características comunes, que en algunos casos comparten con los que padecen de colitis ulcerosa y en otros los diferencian.
- f. La psicoterapia, farmacológica y psicológica, tiene indicaciones absolutas, que se precisaron en el texto, y optativas. Las primeras deben ser encomendadas a un equipo profesional especializado. El cirujano y gastroenterólogo tratantes pueden tratar sin ayuda a algunos pacientes, pero deberían solicitar apoyo en los otros.
- g. Es conveniente que la psicoterapia se incorpore a la atención multidisciplinaria de estos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahrens S, Deffner G, Feieres H. Differentiation of colitis and Crohn disease patients based on Psychosocial variables. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1986;32:301-315
2. Andrews H, Barczak, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*;1987;28:1600-1604
3. Corman ML. *Colon and rectal surgery*. JB Lippincott Company. Philadelphia 1993. P: 901
4. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis, a pathologic and clinic entity. *JAMA* 1932;99:1323
5. Cunien AJ. Psychiatric aspects of chronic ulcerative colitis *Sem Colon Rectal Surg* 1990;1:158
6. Drossman DA, Taley NJ, Olden KW, et al. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Int Med* 1995;123:782
7. Duffy LC, Zielezny MA, Marshall JR, et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behav Med* 1991;17:101
8. Enck P, Schafer R. Psychosocial factors in Crohn disease an overview. *Z Gastroenterol* 1996;34:708-713
9. Garret JW, Drossman DA. Health status in inflammatory bowel disease: Biological and behavioral considerations. *Gastroenterology* 1990; 99:90
10. Goligher JC. *Surgery of the anus, rectum and colon*. 5th ed. London; Balliere Tindall 1984:971
11. Hartmann S. Alexithymic verbal behavior in patients with Crohn's disease. *Psychoter Psychosom Med Psychol* 1995;45:176-182
12. Helzer JE, Chnns S, Norland CC, et al. A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology* 1984;86:324
13. Jantschek G, Zeitz M, Pritsh M, et al. Effect of psychotherapy on the course of Crohn's disease: Results of the German prospective multicenter psychotherapy treatment study on Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:1289
14. Karush A, Daniels GE, Flood C, O'Connor JF. *Psychotherapy in chronic ulcerative colitis*. Philadelphia. WB Saunders 1977:148
15. Maunder R, Esplen MJ. Facilitating adjustment to inflammatory bowel disease: a model of psychosocial intervention en non-psychiatric patients. *Psychoter Psychosom* 1999;68:230-240
16. Marty P, de Muzan M. *L'investigation psychosomatique*. Presses Université de France. Paris 1963
17. Morson BC, Lockhart-Mummery EH. Crohn's disease of the colon. *Gastroenterologia* 1959;92:168
18. Murray CB. Psychogenic factors in etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *AM J Med Sci* 1930;180:239
19. North CS, Alpers DH. A review of studies of psychiatric factors in Crohn's disease: etiologic implications. *Ann Clin Psychiatry* 1994;6:117-124
20. North CS, Alpers DH, Helzer JE Spitznagel EL, Clouse RE. Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. *Ann Intern Med* 1991;114:381-386

21. North CS, Clouse RE, Spitznagel EL, Alpers DH. The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: A review of findings and methods. *Am J Psychiatry* 1990;147:974
22. Porcelli P, Zaka S, Leoci C, Centonze S, Taylor GI. Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case control study. *Psychother Psychosom* 1995;64: 49-53
23. Prikazska M, Chikova V. Crohn's disease from the viewpoint of psychosomatic and behavioral medicine. *Bratisl Lek Listy* 1999;100:210-214
24. Ramchandani D, Schinder B, Katz J. Evolving concepts of psychopathology in inflammatory bowel disease: implications to treatment. *Med Clin North Am* 1994;78: 1321-1330
25. Reindell A, Ferner H, Gmelin K. Psychosomatic differentiation between colitis ulcerosa and ileitis terminalis (Crohn disease). *Z Psychosom Med Psychoanal* 1981;27:358-371
26. Ringel Y, Drossman DA. Psychosocial aspects of Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2001;81:231-252
27. Sachar DB, Auslander MO, Walfish JS. Aetiological theories of inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol* 1980;9:231
28. Sifneos PE. The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22:255
29. Smith GJ, van der Meer G, Ursing B, Prytz H, Benoni C. Psychological profile of patients suffering from Crohn's disease and ulcerative colitis. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:187-192
30. Schmitt GM. Ulcerative colitis and Crohn's disease from the psychosomatic viewpoint. *Monatsschr Kinderheilkd* 1985;133:119-122
31. Verissimo R, Mota-Cardoso R, Taylor G. Relationship between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1998;67:75-80
32. White CL III, Hamilton SR, Diamond MP, Cameron JL. Crohn's disease and ulcerative colitis in the same patient. *Gut* 1983;24:857

LA SERTRALINA ES SEGURA Y EFICAZ EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

Dr. Alexander Glassman



Profesor de Psiquiatría Clínica. College of Physicians and Surgeons, Columbia University.

Ultimo trabajo publicado: *Sertraline Treatment of Major Depression in Patients With Acute MI or Unstable Angina*, *Journal of the American Medical Association* 288:701-709, 2002.

Nueva York, EE.UU. (**especial para SIIC**)

La depresión recurrente en los pacientes con enfermedad coronaria aguda puede tratarse con sertralina, de acuerdo con las observaciones del doctor Alexander Glassman. El investigador explicó además, en una entrevista exclusiva con SIIC, que los resultados preliminares **"indican que el tratamiento con sertralina reduce la incidencia de episodios cardiovasculares con riesgo de muerte"**.

El **doctor Glassman**, que se desempeña como Profesor en el área de Psiquiatría Clínica en la Columbia University, ha publicado trabajos de investigación en revistas como *American Journal of Psychiatry* y *Journal of the American Medical Association*, entre otras.

Recientemente, dirigió una investigación en la cual se evaluó la seguridad y la eficacia de la sertralina en el tratamiento de la depresión mayor, en pacientes con infarto agudo de miocardio o angina inestable.

El trabajo se llevó a cabo en 40 clínicas de cardiología de los Estados Unidos, Canadá, Europa y Australia. Más de 360 participantes fueron incluidos; tenían una edad promedio de 57 años, y una media de 19.6 puntos en la escala de depresión de Hamilton. Al azar, se los distribuyó en dos grupos que recibieron dosis diarias de 50 a 200 miligramos de sertralina o un placebo, durante 24 semanas.

El fármaco, explicó el doctor **Glassman**, resultó seguro, y no alteró los parámetros de la función cardíaca en estos pacientes. La incidencia de episodios cardiovasculares graves fue del 14% en el grupo tratado, y del 22% en el grupo que recibió el placebo. El experto detalló estas observaciones en su diálogo con **SIIC**.

SIIC: Doctor Glassman, ¿cuál es la relación entre depresión y enfermedad cardíaca? ¿La depresión es una consecuencia de esta patología?

Dr. Alexander Glassman: La razón exacta por la cual existe una relación entre la depresión y la enfermedad cardíaca no se conoce. Existen numerosos factores en la depresión que podrían aumentar las probabilidades de sufrir un ataque cardíaco. A nivel psicológico, las personas deprimidas se cuidan poco a sí mismas. Además, también desde el punto de vista psicológico, por razones que no se conocen bien, las plaquetas de los pacientes con depresión tienen más probabilidades de agregarse, en un efecto que es el opuesto al de la aspirina. Esto incrementa las oportunidades de un ataque cardíaco.

También existen anomalías autonómicas en la depresión, que incrementarían las probabilidades del paciente de morir después de un ataque cardíaco.

SIIC: ¿Cuáles son las características farmacológicas de la sertralina, que la hacen segura para los pacientes cardíacos?

A.G.: Esta pregunta plantea el problema al revés. La cuestión no es qué características hacen que la droga sea segura, sino el hecho de que no tiene características que la hagan peligrosa.

Nosotros no vimos evidencias de efectos adversos de la sertralina entre casi cuatrocientos pacientes que habían sufrido infarto de miocardio. Sin embargo, este es solamente un número moderado de personas, y podrían existir efectos raros o poco comunes que no fueron observados con este tamaño de muestra. Una preocupación sería si estas drogas pueden favorecer las hemorragias, ya que tienen actividad antiplaquetaria.

SIIC: ¿Cómo se evaluó la presencia de depresión en estos pacientes?

A.G.: El diagnóstico de depresión se realizó con una entrevista clínica estructurada, y la gravedad de este cuadro se determinó tanto con la escala de depresión de Hamilton como con la Clinical Global Impression Improvement Scale (CGI-I).

SIIC: Ustedes informaron que la incidencia de efectos adversos cardiovasculares graves fue menor en el grupo tratado con sertralina que en el que recibió el placebo. ¿Cómo se explica este hallazgo?

A.G.: Nuestro estudio indica que el tratamiento con sertralina reduce la incidencia de episodios cardiovasculares con riesgo de muerte. Sin embargo, los resultados no fueron significativos desde el punto de vista estadístico, y la muestra nunca tuvo el tamaño suficiente como para esperar que esta hipótesis pusiese ser probada de manera concluyente.

Existe una indicación fuerte, con aproximadamente una probabilidad en ocho de que el resultado se haya debido a la casualidad. Además, ciertos otros datos apoyan esta conclusión. Sin embargo, se necesita realizar un estudio con el poder adecuado para establecer de manera definitiva los resultados sugeridos. Este es un tema con amplias consecuencias clínicas, y debe ser establecido en una forma definitiva.

SIIC: ¿En qué casos estaría contraindicado este tratamiento?

A.G.: Nosotros estudiamos a personas con angina inestable y con infarto agudo de miocardio. Los pacientes con otras enfermedades médicas que pudiesen complicar el cuadro fueron excluidos. Es importante que los resultados de este trabajo no sean extrapolados a otras poblaciones diferentes a la que fue evaluada, y de esta forma no se dispondrá de una respuesta final hasta que se estudien poblaciones más numerosas y con mayor diversidad.

SIIC: ¿Debería rastrearse la depresión en todos los pacientes con síndromes coronarios agudos?

A.G.: Sí, yo creo que los médicos deberían rastrear la presencia de depresión en todos los pacientes con estos cuadros. Existen evidencias que indican, especialmente si la enfermedad es recurrente, que el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina es eficaz.

Aún si los estudios con más pacientes no pudieran mostrar que el tratamiento con sertralina reduce la mortalidad médica, la depresión es una enfermedad dolorosa, y es claro que afecta tanto la calidad de vida del paciente como su capacidad para colaborar en su tratamiento. Solamente por esta razón la depresión debería identificarse y tratarse.

Si se trata del primer episodio, y no es grave, el médico puede esperar algunas semanas para ver si los síntomas desaparecen de manera espontánea. En nuestro grupo, las remisiones espontáneas ocurrieron con frecuencia. Sin embargo, si el cuadro es recurrente, persistente o grave, el paciente debe ser tratado.

Las observaciones del doctor Glassman muestran que la sertralina puede ser administrada de manera segura a los pacientes con depresión y enfermedades coronarias agudas, y que incluso podría reducir la morbilidad y mortalidad asociada con estas últimas

Trabajos Distinguidos, Serie Salud Mental, integra el Programa SIIC - Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP) de Educación Médica Continuada