



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

TRABALLO DE FIN DE GRAO ENFERMARIA

Curso académico 2015/2016

**“Efectividad de la psicoterapia en el paciente
con enfermedad inflamatoria intestinal.”**

Paula Bouza Cartelle

Junio 2016

Tutores del trabajo:

M^a Gema García Rivera

Javier Hermida Yáñez

ÍNDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	3
RESUMEN ESTRUCTURADO.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
4. METODOLOGÍA.....	18
4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	18
4.1.1 Sobre los tipos de participantes.....	18
4.1.2 Sobre los tipos de estudio.....	18
4.1.3 Idiomas.....	18
4.1.4 Cobertura cronológica.....	18
4.2 Establecimiento de variables.....	19
4.2.1 Sobre la muestra.....	19
4.2.2 Sobre el tipo de intervención.....	19
4.2.3 Sobre la CVRS.....	19
4.2.4 Sobre el estado emocional.....	20
4.2.5 Sobre la actividad de la enfermedad.....	20
4.3 Estrategia de búsqueda empleada.....	20
4.3.1 Localización de revisiones sistemáticas.....	20
4.3.2 Localización de estudios originales.....	21

4.4 Gestión da bibliografía localizada.....	21
5. RESULTADOS.....	22
5.1. Revisiones sistemáticas.....	22
5.1.1 Resumen de los resultados.....	24
5.2 Artículos originales.....	25
5.2.1 Resumen de los efectos.....	26
5.2.2 Objetivo principal.....	31
5.2.3 Tipo de intervención.....	31
5.2.4 Principales resultados.....	34
5.2.5 Niv. de evidencia y Grados de recomendación.....	34
5.3 Factor de impacto de las revistas científicas.....	35
6. DISCUSIÓN.....	36
6.1 Limitaciones metodológicas.....	37
7. CONCLUSIONES.....	38
8. BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	43
Anexo 1: Principales diferencias entre la EC y la CU.....	43
Anexo 2: Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	44
Anexo 3: Resultados de la búsqueda de revisiones sistemáticas..	47
Anexo 4: Resultados de la búsqueda de artículos originales.....	50
Anexo 5: Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	61

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- **BVS** Biblioteca Virtual de Salud
- **CU** Colitis Ulcerosa.
- **CVRS** Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
- **EC** Enfermedad de Crohn.
- **ECA** Ensayos Clínicos Aleatorizados
- **EII** Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- **GC** Grupo Control
- **GI** Grupo Intervención
- **GPC** Guías de Práctica Clínica
- **HADS** Hospital Anxiety and Depression Scale
- **IBD** Inflammatory Bowel Disease
- **IBDQ** Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
- **LILACS** Literatura Latinoamericana de Ciencias de la Salud
- **MBSR** Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena
- **MEI** Manifestaciones Extra-intestinales
- **OMS** Organización Mundial de la Salud
- **RS** Revisión Sistemática
- **SNDT** Terapia No Directiva de Apoyo
- **STAI** Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo
- **TCC** Terapia Cognitivo-Conductual
- **TCS** Terapia Breve Centrada en Soluciones

RESUMEN ESTRUCTURADO

INTRODUCCIÓN. Las enfermedades inflamatorias intestinales son trastornos crónicos que afectan al intestino delgado y al intestino grueso en función de si hablamos de enfermedad de Crohn o de Colitis Ulcerosa, respectivamente. Inflaman y destruyen el tejido intestinal de forma periódica y recurrente. La importancia de abordar este tema radica principalmente en el aumento de la incidencia de la enfermedad en los últimos años sobre todo en países desarrollados, y en el hecho de que es una enfermedad crónica que aparece durante la adolescencia y durante los primeros años de la edad adulta, ocasionando una gran afección psicológica. El estrés y otros trastornos psíquicos son prevalentes en los pacientes afectados de enfermedad inflamatoria intestinal. Las variables psicológicas juegan un papel muy importante en el proceso de aparición y desarrollo de las EII, así como en las consecuencias y en las repercusiones de las mismas. Haciendo necesario aplicar intervenciones psicológicas con el fin de mejorar el estado emocional del paciente y por tanto su calidad de vida.

OBJETIVOS. Identificar las evidencias existentes acerca de la efectividad de las intervenciones psicológicas llevadas a cabo por personal sanitario dirigidas a pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal. Conocer de qué manera influyen dichas intervenciones en el estado emocional y calidad de vida de los pacientes.

METODOLOGÍA. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: Cochrane Library, PubMed, JBI Connect, Cinahl, Scopus, Web of Science, Lilacs y BVS. Los resultados han sido valorados en base a los criterios de inclusión y exclusión y a las variables de estudio que hemos establecido.

RESULTADOS. Fueron seleccionados finalmente un total de 8 documentos que cumplen los criterios propuestos. Tras la revisión

sistemática no existe diferencia significativa, y por tanto evidencia, de que la terapia psicológica en adultos con EII mejore las variables estudiadas.

CONCLUSIONES. A pesar de las limitaciones metodológicas y la heterogeneidad de los estudios analizados, la asociación de terapias psicológicas y educativas en el control del estrés al tratamiento farmacológico de control de la respuesta inflamatoria puede ser recomendable como adyuvante en el manejo de los pacientes afectados por EII aunque los resultados no son significativos. Consideramos necesario seguir desarrollando intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal para demostrar su efectividad y que las recomendaciones se basen en la evidencia.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal, psicoterapia, estrés psicológico

ABSTRACT

INTRODUCTION. Inflammatory bowel diseases are chronic disorders affecting the small intestine and large intestine depending on whether we are talking about Crohn's disease or ulcerative colitis, respectively. They inflame and destroy the intestinal tissue and recurring periodically. The importance of addressing this issue lies mainly in the increased incidence of the disease in recent years, especially in developed countries, and the fact that it is a chronic disease that occurs during adolescence and during the early years of age adult, causing great psychological condition. Stress and other mental disorders are prevalent in patients suffering from inflammatory bowel disease. The psychological variables play an important role in the process of emergence and development of IBD, as well as the consequences and the implications thereof. Making it necessary to apply psychological interventions to improve the emotional state of the patient and therefore their quality of life.

OBJECTIVES. Identify existing evidence about the effectiveness of psychological interventions carried out by health workers aimed at patients diagnosed with inflammatory bowel disease. Knowing how these interventions affect the emotional state and quality of life of patients.

METHODOLOGY. It conducted a systematic review of the literature in the following databases: Cochrane Library, PubMed, JBI Connect, CINAHL, Scopus, Web of Science, Lilacs and VHL. The results have been valued based on inclusion and exclusion criteria and study variables that we have established.

RESULTS. They were finally selected a total of 8 documents that meet the proposed criteria. After systematic review no significant difference, and therefore evidence that psychological therapy in adults with IBD improve the studied variables.

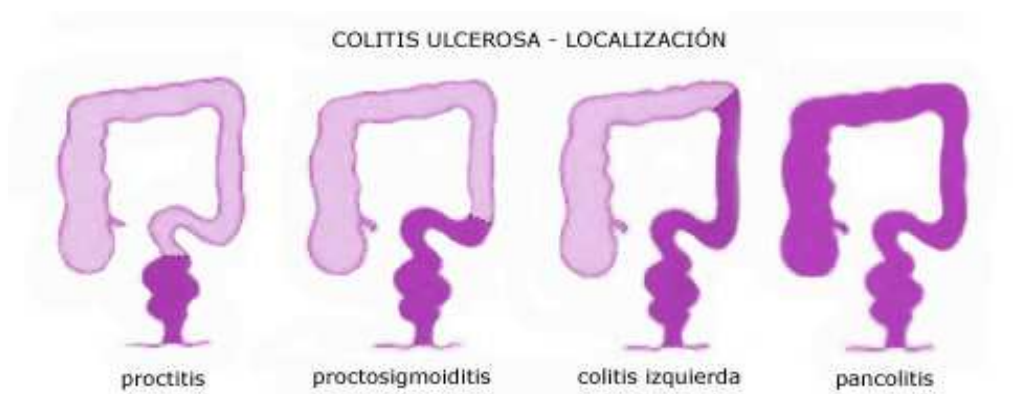
CONCLUSIONS. Despite methodological limitations and heterogeneity of the studies, the association of psychological and educational therapies in stress management to drug therapy to control the inflammatory response may be recommended as an adjunct in the management of patients with IBD though the results are not significant. We need to further develop psychological interventions in patients with inflammatory bowel disease to demonstrate its effectiveness and that the recommendations are based on evidence.

Keywords: Inflammatory bowel disease, psychotherapy, psychological stress

1. INTRODUCCIÓN

Bajo la denominación de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se incluye un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas del tracto gastrointestinal, entre las que destacan por su gravedad y prevalencia, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU).⁽¹⁾

La CU se caracteriza por una lesión continua en la mucosa y submucosa del tubo digestivo que afecta normalmente al colon, y en la que aparecen úlceras y hemorragias frecuentes. La diarrea y el dolor abdominal son los síntomas principales, cuya intensidad se correlaciona con la gravedad de la enfermedad. Las lesiones en la mucosa del recto son casi constantes, dando lugar a síntomas como urgencia defecatoria, tenesmo y rectorragias.⁽¹⁾



Por su parte, la EC puede afectar a cualquier tramo del intestino, aunque sus localizaciones más frecuente son el íleon, el colon y la región perianal. El síntoma predominante es el dolor abdominal, seguido de diarrea (habitualmente sin sangre), fiebre, astenia y pérdida de peso⁽¹⁾.



En el *anexo 1* se señalan las principales diferencias entre la EC y la CU ⁽²⁾. En ocasiones, cuando la zona afectada es el colon, resulta muy difícil diferenciar ambas patologías, por lo que se les diagnostica lo que se conoce como colitis indeterminada, un cuadro de solapamiento entre ellas.

El curso clínico de las EII se caracteriza por la aparición de brotes de reagudización de diversa gravedad y períodos de remisión en los que el paciente se encuentra clínicamente estable. ⁽²⁾

La enfermedad no tiene una cura definitiva, es crónica, lo que significa que permanece “presente” durante toda la vida del individuo que la padece. Sin embargo, sus síntomas no son permanentes, es decir, la enfermedad se desarrolla por brotes. Durante los estos es cuando aparecen los síntomas que caracterizan dicha enfermedad, pudiendo ser:

- Digestivos: diarrea, sangrado rectal (con o sin heces) y dolor abdominal.
- Generales: cansancio, adelgazamiento, anorexia y fiebre.

La sintomatología de la EII, no solamente se limita al intestino o al aparato digestivo, sino que a veces, también pueden dañar a otros órganos, lo que se conoce como manifestaciones extraintestinales (MEI). Los órganos internos, los ojos, la sangre, la piel y el sistema musculoesquelético, son dianas potenciales de dicha enfermedad ⁽³⁾. Ocasionando síntomas extraintestinales como son:

- Artritis periférica (en extremidades)
- Dolor lumbar.
- Inflamación ocular.
- Aftas bucales.
- Úlceras en la piel.
- Alteraciones en el hígado.

A pesar de que los tipos sean diferentes entre sí, poseen características comunes que en muchas ocasiones hacen difícil diferenciarlas. Para poder realizar el diagnóstico diferencial entre ellas, es necesario apoyarse en las características clínicas, endoscópicas, histológicas, radiológicas, serológicas y en la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo. Los síntomas y la gravedad de cada una de éstas dependerán de la extensión, localización, comportamiento, grado de actividad y de la presencia de MEI. ⁽³⁾

Hasta no hace mucho tiempo, las EII se consideraban entidades “raras”, especialmente cuando se hacía mención de los países mediterráneos o del sur de Europa ⁽³⁾. Muchos de estos pacientes eran diagnosticados como enfermos nerviosos, con síntomas atribuidos únicamente a problemas emocionales y tratados en consecuencia ⁽⁴⁾. Entonces, se creía que las EII eran una enfermedad psicósomática y que la ansiedad y la depresión jugaban un papel fundamental en el proceso de enfermar ⁽⁵⁾.

En el presente, a pesar de las múltiples investigaciones llevadas a cabo, no se puede definir específicamente su causa, así que se trata de una patología de etiología desconocida. Sin embargo, diversos factores genéticos, inmunológicos y ambientales probablemente expliquen su patogenia. Así, la interacción de factores medioambientales, en un paciente genéticamente predispuesto, podrían desencadenar una respuesta inflamatoria anómala contra los componentes de la luz intestinal, Esta respuesta excesiva termina atacando al propio intestino y desencadena la enfermedad inflamatoria. ⁽⁵⁾

El papel de los factores ambientales es uno de los aspectos más controvertidos y su influencia difícil de establecer. Dado que la enfermedad tiene mayor incidencia en zonas industrializadas, resulta lógico pensar que la dieta que se sigue en estas zonas, rica en grasas y pobre en fibras, pudiera ser un desencadenante de las EII. Sin embargo, se han realizado diferentes estudios sin llegar a una conclusión clara. Se ha constatado que el tabaco ejerce un efecto de incremento del riesgo de

padecer una enfermedad de Crohn y resulta protector frente al riesgo de padecer una colitis ulcerosa. El efecto protector de la apendicectomía frente al riesgo de padecer una colitis ulcerosa ha sido también documentado y confirmado en varios estudios.⁽⁵⁾ De entre estos desencadenantes medioambientales, los factores psicológicos han demostrado un importante papel en la modulación de la respuesta inflamatoria en muchos procesos crónicos inmunológicos, en particular los relacionados con el estrés. Tratándose de una enfermedad crónica que afecta predominantemente a pacientes jóvenes, el estrés puede comportarse tanto como predisponente al desarrollo de la patología en sí, como desencadenante de nuevos brotes en el curso clínico de la misma. En base a múltiples estudios en el campo de la psiconeuroinmunología, la actividad de estresores tanto artificiales como ambientales puede influir de múltiples formas sobre el sistema inmune; tanto deprimiéndolo y predisponiendo al enfermo a la infección, como potenciando su respuesta en patologías de base autoinmune como la EII.⁽⁵⁾

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) constituye una de las patologías crónicas más frecuentes que afecta a la población joven (<40-45 años) de nuestro medio, siendo la edad media de diagnóstico de la enfermedad es de unos 29 años

Habiendo presentado un incremento progresivo de su prevalencia en las últimas décadas. Es, asimismo, una de las principales patologías causa de reducción de la calidad de vida en este grupo de edad. Según una nota de prensa de la Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España) del 2014⁽⁶⁾, aparecen una media de 7 nuevos casos /100.000 habitantes/año de enfermedad de Crohn, siendo de 12 en la colitis ulcerosa.

La incidencia y la prevalencia de la enfermedad son mucho mayores en países desarrollados, las mayores tasas se encuentran en países del centro/norte de Europa y Norteamérica, aumentando en los últimos años también en el sur de Europa, y siendo bastante infrecuente en Asia, África

y Sudamérica. La mortalidad es más elevada durante los dos primeros años de la enfermedad, y cuando esta es de curso prolongado debido al aumento del riesgo de cáncer de colon ⁽⁷⁾.

Debido a su comienzo a edades jóvenes, al carácter crónico de la enfermedad, a la inexistencia de una cura (el tratamiento actual va dirigido a distanciar los periodos de recidiva y a evitar que las lesiones aumenten) y a la diversidad de problemas de salud que comporta cambios en las áreas personal, social y familiar en la vida de los pacientes, la afección psicológica en este tipo de pacientes algo habitual. ⁽⁸⁾

La relación existente entre la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y los trastornos emocionales ha sido objeto de diversas investigaciones en estos últimos años. Son muchos los autores que han descrito que los pacientes afectados por las EII presentan una elevada tasa de trastornos psiquiátricos, tales como depresión y ansiedad. Además, la relación que ejercen las alteraciones emocionales y la enfermedad entre sí es mutua. Un aumento de la ansiedad y el estrés se relaciona con un mayor nivel de enfermedad, al mismo tiempo que el aumento del nivel de actividad de la enfermedad se relaciona con un aumento de la ansiedad en el enfermo ⁽⁹⁾

No obstante, es posible que la relación entre psicopatología y EII no sea tan directa, sino que dicha relación podría estar siendo influenciada por las repercusiones que se dan en el estilo de vida del paciente como consecuencia del padecimiento del trastorno orgánico. Como explican algunos autores, las repercusiones psicosociales que se dan como consecuencia del brote de la enfermedad, como, por ejemplo, la incapacidad para trabajar, el retraimiento social o los cambios en la vida familiar, podrían estar influyendo en la valoración personal que hace el sujeto de sí mismo y podrían provocar la aparición de trastornos ansioso-depresivos ⁽¹⁰⁾.

El diagnóstico de la enfermedad produce un desequilibrio en la vida de la persona, ya que los síntomas tienden a empeorar, intensificarse o remitir

de forma impredecible repercutiendo notablemente en el área personal, familiar y socio-laboral. Este es un aspecto importante ya que la gran mayoría de pacientes son diagnosticados a una edad temprana. ⁽¹¹⁾.

El objetivo terapéutico es el tratamiento de los brotes y el mantenimiento de la remisión, aunque la necesidad de tratamiento quirúrgico en la evolución de la enfermedad por aparición de complicaciones es frecuente. Pese a que no existe un tratamiento curativo, es posible suprimir de manera efectiva la inflamación intestinal y lograr la curación de las lesiones mucosas en la mayoría de los pacientes. El tratamiento debe ser individualizado según el grado de actividad de la enfermedad (leve, moderado, grave) ⁽¹²⁾, La elección del mismo dependerá de varios factores como la edad, la extensión y el patrón de la enfermedad, y el antecedente de resecciones quirúrgicas previas.

El estudio de la influencia que el estrés ejerce sobre la enfermedad se ha desarrollado en dos sentidos: por un lado, se encuentran aquellos estudios que entienden el estrés como una variable interviniente en los procesos de enfermedad y, por otro, se encuentran aquellas investigaciones que consideran a la propia enfermedad como un acontecimiento estresante para la vida del enfermo, que afecta considerablemente a la calidad de vida de los que la padecen ⁽¹³⁾.

Hoy en día, existen pocas dudas acerca de la influencia que el estrés ejerce sobre la respuesta inmune y, en concreto, sobre la función inmunológica de la mucosa intestinal ⁽¹³⁾.

La EII, por sí misma, constituye un factor muy estresante que interfiere notablemente en la calidad de vida del sujeto y, además, facilita la aparición de nuevos acontecimientos estresantes tales como malestar y dolores frecuentes, múltiples hospitalizaciones, procedimientos intrusivos de diagnóstico, pérdida de relaciones sociales y pérdida de responsabilidades laborales, alteraciones en la dinámica familiar y/o problemas afectivos ⁽¹⁴⁾.

Una de las principales fuentes de estrés es la falta de información, las preocupaciones que sobre la enfermedad se generan tras el diagnóstico y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Por ello se hace necesario implantar intervenciones psicológicas por parte del personal sanitario con el fin de disminuir dichos acontecimientos estresantes que afectan a la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

Esta relación entre enfermedad y afrontamiento ha motivado a algunos investigadores a diseñar programas de tratamiento psicológicos que ayuden a los enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa a adaptarse mejor a la enfermedad, a minimizar las consecuencias adversas de su dolencia y a mejorar su calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento que utilice el sujeto influirán de manera indirecta en la evolución de la enfermedad, debido a la relación de ésta con el estrés. En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas pueden ofrecer beneficio en la población general de enfermos afectados por EII en la mejora de su calidad de vida, así como prevenir el desarrollo de procesos neuróticos comúnmente asociados como el estrés y los trastornos de ansiedad y depresión. No obstante, las técnicas enseñadas también pueden ser aplicadas a las situaciones problemáticas de la vida diaria. ⁽¹⁵⁾

El papel de la enfermería en el seguimiento de estos pacientes es fundamental. Como profesional del equipo de salud que se encarga del cuidado del paciente es importante realizar un enfoque biopsicosocial del paciente, realizando intervenciones que potencien y beneficien la reducción del nivel de ansiedad y del resto de alteraciones emocionales que pueda presentar; al mismo tiempo que se realiza una educación para la adquisición de unos hábitos higiénico-dietéticos favorables. Asimismo en varios estudios se describe la trascendencia del profesional de enfermería especializado como parte esencial de equipos multidisciplinares dedicados a la EII. En el contexto de la creación de una consulta de enfermería de EII surge la necesidad de obtener evidencia científica en cuanto a la implantación de programas de educación para la

salud con el fin de mejorar los resultados en cuestión de salud de dichos pacientes y conocer de qué manera los programas de educación terapéutica estructurados podrían ayudar a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de estos pacientes. ⁽¹⁵⁾

2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO

La enfermedad inflamatoria intestinal se ha convertido, en los últimos años, en una enfermedad crónica frecuente en nuestro medio, cursando en forma de brotes y afectando gravemente a la calidad de vida del paciente.

La relación existente entre la EII y los trastornos emocionales ha sido objeto de diversas investigaciones en estos últimos años. La psicoterapia puede ser una intervención útil como programa educativo a emplear en pacientes afectados por EII para mejorar su calidad de vida relacionada con el estado emocional.

La finalidad de cualquier programa educativo, según la OMS, es conseguir que la población a la que va dirigido logre una calidad de vida óptima a corto y largo plazo, cubriendo los aspectos físico, mental y social.

Por tanto, la pregunta a responder que planteamos es la siguiente:

- ✓ **¿Existe evidencia científica que demuestre la efectividad de las intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?**

3. OBJETIVOS

El **objetivo general** es conocer si existe evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas realizadas por personal sanitario en pacientes afectados de enfermedad inflamatoria intestinal.

En cuanto a los **objetivos específicos**, estos son:

1. Conocer de qué manera influye la psicoterapia sobre la calidad de vida relacionada con la salud, el estado emocional y la actividad de la enfermedad.
2. Valorar según los niveles de evidencia los resultados de las investigaciones seleccionadas.
3. Identificar los aspectos que se modifican tras una intervención psicológica.

4. METODOLOGÍA

Revisión sistemática de la literatura

4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Tras la formulación de la pregunta se procede a la realización de la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, para ellos se establecen los siguientes criterios:

4.1.1 Sobre los tipos de participantes:

- Se incluirán casos de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal

4.1.2 Sobre los tipos de estudio:

- Se incluirán: revisiones sistemáticas (RS), meta-análisis, ensayos clínicos aleatorizados (ECAs)
- Se excluirán: artículos de opinión, revisiones narrativas, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, estudios piloto, cartas al director, editoriales, comentarios, comunicaciones a congresos, fichas técnicas e informes breves.

4.1.3 Idiomas:

- Se seleccionaron artículos publicados en español, inglés y portugués.

4.1.4 Cobertura cronológica:

- Se limitó la búsqueda a los trabajos publicados desde el año 2006 hasta enero de 2016 con el fin de revisar la literatura científica más actual en relación a la pregunta de estudio.

4.2. ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES

Con el objeto de llevar a cabo esta revisión, en el análisis de los artículos seleccionados, se analizarán las siguientes variables:

4.2.1 Sobre la muestra:

- **Tamaño** de la muestra: número de pacientes afectados por EII incluidos en cada estudio para analizar si la muestra es significativa.
- **Sexo** de los pacientes: para comprobar si hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.
- **Edad** de los pacientes: con el objetivo de determinar que intervenciones son más adecuadas a cada rango de edad.
- **Tiempo que llevan siguiendo la terapia psicológica:** ya que la aceptación, el conocimiento y el manejo del estrés mejora con el tiempo.

4.2.2 Sobre el tipo de intervención:

Terapias psicológicas empleadas: TCC (terapia cognitivo-conductual), SNDT (terapia no directiva de apoyo), TCS (terapia breve centrada en soluciones), MBSR (programa de Reducción de Estrés basado en la atención plena), hipnoterapia y técnicas de relajación; para comprobar si son efectivas o si hay diferencia significativa entre ellas.

4.2.3 Sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):

La EII influye directamente en la calidad de vida del paciente. Ésta mejora cuando el paciente posee un control en su enfermedad. La calidad de vida la mediremos con el Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). Se trata de una herramienta de evaluación de la calidad de vida validada específicamente para pacientes con IBD. Escala ordinal de 1 a 7 se utiliza para responder a 32 preguntas sobre la calidad de vida. Las puntuaciones van desde 32 hasta 224, con una puntuación más alta que representa una mejor salud. Las preguntas se dividen en 4 dominios (intestino, puntuación emocional, sistémica y social).

4.2.4 Sobre el estado emocional:

Presencia o no de ansiedad o depresión ya que son trastornos frecuentes en pacientes con EII debido a la dificultad para adaptarse a su enfermedad. Se puede medir mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale. (HADS). Y mediante la validación del inventario de ansiedad estado - rasgo (STAI)

4.2.5 Sobre la actividad de la enfermedad:

Esta variable ha sido valorada en función del número de pacientes que ha tenido alguna recaída o ha presentado brotes de la enfermedad. Otra forma de valoración es a través de la calproteína fecal, biomarcador que permite valorar la actividad inflamatoria intestinal en pacientes con Colitis ulcerosa y con enfermedad de Crohn de manera sencilla, rápida y no invasiva, y por lo tanto resulta muy útil en la práctica clínica. Se trata de una proteína procedente de los leucocitos (glóbulos blancos) que aparece en la mucosa intestinal cuando existe inflamación y que puede ser detectada en las heces.

4.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Con el fin de localizar la información científica más relevante sobre el tema de estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos sanitarias durante el mes de Enero de 2016.

4.3.1 Localización de revisiones sistemáticas:

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas. Las bases de datos consultadas han sido: CRD, PubMed, y JBI Connect. Para la estrategia de búsqueda hemos utilizado los siguientes términos: “inflammatory bowel disease”, “psychotherapy”.

Como limitadores: tipo de estudio (RS), fecha de publicación (últimos 10 años) y el idioma (inglés, español y portugués).

Hemos obtenido un total de 11 documentos. Tras eliminar los duplicados con el gestor bibliográfico “Endnoteweb”, el número de resultado es de 9 documentos. Para consultar la estrategia de búsqueda completa, consultar el anexo 1. Tabla II

4.3.2 Localización de estudios originales:

A continuación se llevó a cabo una búsqueda de estudios originales. Las bases de datos consultadas han sido: Pubmed, Cinahl, Scopus, Lilacs, Webs of Science y BVS.

Tras la búsqueda hemos obtenido un total de 69 artículos. Al eliminar los duplicados con el gestor bibliográfico "Endnoteweb", el número total de artículos encontrados es de 44. La estrategia de búsqueda completa realizada en cada base de datos está disponible en el anexo 1, tabla III)

4.4 GESTIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA LOCALIZADA

De estas referencias, se analizó un resumen de las mismas con fin de saber si se adaptaban a los criterios definidos. Los resultados de esta selección son los que aparecen en los Anexos 3 y 4.

5. RESULTADOS

5.1.- Revisiones sistemáticas

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, seleccionamos los artículos encontrados según los criterios de inclusión y exclusión que hemos establecido.

Tras eliminar los duplicados con el gestor de referencias Endnoteweb en la búsqueda de revisiones sistemáticas, obtuvimos 9 artículos, de los cuales 3 han sido eliminados por el tema y 2 por el tipo de intervención.

Fruto de la lectura de las Revisiones Sistemáticas, nos encontramos con cuatro estudios que evalúan la eficacia de la psicoterapia en pacientes con EII que la han recibido.

Todos ellos establecen que no hay evidencia científica suficiente para determinar la efectividad de las intervenciones psicológicas en pacientes con EII, tanto afectados por EC como por CU.

Sin embargo a pesar de que los artículos de Knowles ⁽⁹⁾, Von Wietersheim ⁽¹⁰⁾ y McCombie ⁽¹⁴⁾ se ajustan perfectamente a las bases de nuestro estudio hemos tenido que excluirlos, ya que no exponen los resultados con claridad ni con datos concretos.

Por tanto hemos seleccionado la revisión sistemática de Timmer ⁽¹⁶⁾ et al ya que se ajusta a nuestro objetivo de estudio y será nuestro punto de partida para dar continuidad a los conocimientos aportados por ella, buscando la información existente sobre el tema a partir del año 2011.

Esta revisión examinó la eficacia de las intervenciones psicológicas como terapia de apoyo para pacientes con enfermedades inflamatorias del intestino (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) en relación con la calidad de vida, el estado emocional y la actividad de la enfermedad.

Tras la revisión sistemática no hay evidencia de la eficacia de la terapia psicológica en adultos con EII. La psicoterapia no fue efectiva en la

mejora de CVRS, problemas emocionales y actividad de la enfermedad. Los datos no fueron suficientes para identificar subgrupos o intervenciones específicas. No existe diferencia según el tipo de enfermedad (CU o EC) ni según la intensidad de la terapia

En contraste, en adolescentes las intervenciones psicológicas pueden mejorar el estado psicológico en términos de CVRS, depresión, ansiedad y afrontamiento de la enfermedad, pero la evidencia es limitada.

5.1.1 Resumen de los resultados.

Artículo	Muestra	Tipo de intervención	Duración	Resultados	Evidencia
Timmer (16)	21 N= 1745 E= 11-71 S: ♀ ♂	<ul style="list-style-type: none"> • TCC • TCS • SNDT 	<ul style="list-style-type: none"> • A corto plazo: 3-6 meses • A largo plazo: 9-12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CVRS <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: No existe efecto positivo 0.28 IC 95% (-0.02-0.59) • Adolescentes: Relevante efecto positivo de aplicar psicoterapia a corto plazo podría ser demostrado. 0.7 IC 95% (0.21-1.18) ➤ ESTADO EMOCIONAL: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: <ul style="list-style-type: none"> - Efecto poco probable sobre la ansiedad y la depresión. La psicoterapia no es eficaz. 0.03 IC 95% (-0.22-0.27) • Adolescentes: <ul style="list-style-type: none"> - Un solo estudio mostró un efecto positivo, aunque no estadísticamente significativo sobre la depresión y la ansiedad en una intervención de 3 meses de seguimiento. 0.62 IC 95% (-0.01-1.25) ➤ ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD <ul style="list-style-type: none"> - Apenas ningún estudio recoge cambios en la actividad de la enfermedad y éstos solo lo hacen en adultos. Calidad de evidencia baja. 0.85 IC 95% (0.48-1.48) 	I C

5.2 Artículos originales

Tras eliminar los duplicados con el gestor de referencias Endnoteweb en la búsqueda de artículos originales obtuvimos 44 artículos, de los cuales 18 han sido eliminados por el tema, 10 por el tipo de artículo, 6 por el tipo de intervención y 3 por ser publicaciones de pago de acceso privado.

Por tanto, hemos seleccionado 7 artículos ^(17, 18, 19, 20, 21, 22, 23). Se trata de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) en los que se ha llevado a cabo una intervención psicológica en pacientes afectados por enfermedad inflamatoria intestinal.

Con el fin de evaluar adecuadamente la evidencia de cada uno de ellos estructuraremos los resultados en los siguientes apartados:

5.2.1 Resumen de los efectos

Artículo	Muestra	Tipo de intervención	Duración	Resultados	Evidencia
Berrill (17)	ECA N= 66 E: 18-65 S: ♀ ♂	<ul style="list-style-type: none"> • GI: TCC (terapia cognitivo-conductual) + tto médico estándar • GC: tto médico estándar 	<ul style="list-style-type: none"> • 16 semanas • 6 sesiones individuales. • Duración: 40 min. • Seguimiento: 1 año. 	<ul style="list-style-type: none"> • CVRS: mayor puntuación IBDQ en grupo intervención respecto a grupo control (167 vs 156, $p=0.081$) no estadísticamente significativo. • ESTADO EMOCIONAL: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: se redujeron en ambos grupos durante el seguimiento; con mayor reducción en el grupo intervención ($p=0.380$) • ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: menos recaídas en los pacientes del grupo intervención vs grupo control (25% vs 41%, $p= 0.210$) 	I B

Boye (18)	ECA N= 58 pacientes con CU y 56 pacientes con EC	<ul style="list-style-type: none"> • GI: TCC • GC: tto habitual 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 a 9 sesiones individuales • 3 sesiones grupales • 1-3 sesiones de refuerzo a los 6 y 12 meses de seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • CVRS: aumento de la puntuación IBDQ ($p=0,009$, diferencia media 16,3 puntos [DE 6,1]). Al analizar separadamente los pacientes con EC y CU, se constató que la mejoría sólo se produjo en estos últimos. • ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: la intervención psicoterapéutica no mejoró la enfermedad ni redujo las recidivas. 	I C
---------------------	---	---	---	---	-----

Jedel (19)	ECA N= 53 E: 18-70 S: ♀ ♂	<ul style="list-style-type: none"> • GI: MBSR Meditación Psicoterapia Videos • GC: control de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 semanas • Sesiones semanales • Duración: 2 h y 30min. • Sesión 1 y 3 de 3 h. 	<ul style="list-style-type: none"> • CVRS: resultados satisfactorios IBDQ>150. Se demostró significativamente mejor calidad de vida entre los sujetos del grupo intervención en comparación con los de grupo control p=0.001 • ESTADO EMOCIONAL: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: no hubo diferencias significativas ni en ansiedad (p=0.12) ni en depresión (p=0.64) entre los sujetos de ambos grupos • ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: no hubo diferencias en el número de pacientes con valores de calprotectina fecal elevada (>50mcg/g) en la última visita entre los grupos de intervención 7 vs control 5. 	I C
----------------------	------------------------------------	---	---	---	-----

Keefer (20)	ECA N=36 E: 21-69 S: ♀ ♂	<ul style="list-style-type: none"> • GI: Hipnoterapia • GI: TCC • GC: control de la atención • + practica en domicilios de la estrategia aprendida 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 semanas • 7 sesiones semanales • Duración: 45-60 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: los participantes del grupo intervención fueron 57% menos propensos a sufrir recaídas de la enfermedad en los 12 meses posteriores a la intervención en comparación con el grupo control 18% (p <0.05) 	I B
Mizrahi (21)	ECA N=56 E: S: ♀ ♂	<ul style="list-style-type: none"> • GI: técnicas de relajación + disco de audio para la práctica en casa. • GC: lista de espera al azar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 semanas • Sesiones semanales 	<ul style="list-style-type: none"> • CVRS: mejor calidad de vida entre los sujetos del grupo intervención en comparación con los de grupo control (p <0,05) • ESTADO EMOCIONAL: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron (p <0,01). • ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: sin diferencias significativas entre los grupos. 	I B

Szigethy (22)	ECA N= 178 E: 9-17 S: ♀ ♂	<ul style="list-style-type: none"> TCC Terapia no directiva de apoyo(SNDT) 	<ul style="list-style-type: none"> 12 semanas 12 sesiones individuales Duración: 45 min. 	<ul style="list-style-type: none"> CVRS: sin diferencias de mejora entre ambas terapias ($p = 0.07$). ESTADO EMOCIONAL: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: Ambos psicoterapias resultaron en reducciones significativas (37,3% para la TCC y el 31,9% para SNDT), pero la diferencia entre los 2 tratamientos no fue significativa ($p = 0,16$). Más del 65% de los jóvenes tuvo una remisión completa de la depresión a los 3 meses, sin diferencias entre la TCC y SNDT (67,8% y 63,2%, respectivamente). ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: en comparación con SNDT, la TCC se asoció con una mayor reducción ($p = 0,04$) 	I B
-------------------------	------------------------------------	--	---	--	-----

Vogelaar (23)	ECA N=98 E= edad media 40.1 años S: ♀ ♂	<ul style="list-style-type: none"> • GI: TCS (terapia breve centrada en soluciones). • GC: tratamiento médico habitual 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 meses • 7 sesiones grupales • Duración: 1h 30 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • CVRS: incremento significativo a los 3 meses $p=0.020$ en comparación con grupo control. A los 9 meses no se observaron diferencias significativas. • ESTADO EMOCIONAL: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: Ansiedad: sin diferencias entre los dos grupos al inicio del estudio 7.35. disminuyendo a los 9 meses hasta 5.93 $p=0.001$) Depresión: no mostro diferencias al inicio del estudio entre ambos grupos (6.1); disminuyendo a los 3 meses a 5.0 en grupo intervención y a 5.9 en grupo control ($p=0.03$); y en 9 meses grupo intervención 5.5 vs grupo control 5.3 ($p=0.7$) • ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: sin diferencias significativas entre los grupos 	I B
-------------------------	--	--	--	--	-----

5.2.2 Objetivo principal

Todos los estudios analizados tenían como objetivo principal conocer la efectividad de las intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, sin embargo, cabe destacar como diferentes autores se han planteado una serie de objetivos adicionales según las diferentes técnicas utilizadas.

Así los estudios de *Berrill* ⁽¹⁷⁾ *Boye* ⁽¹⁸⁾ y *Jedel* ⁽¹⁹⁾ evaluaron si las terapias de manejo del estrés influyen positivamente en el curso de la enfermedad y calidad de vida.

Por su parte el objetivo principal de *Keefer* ⁽²⁰⁾ era conocer si la hipnoterapia aumenta significativamente la remisión clínica de estos pacientes.

Mizrahi ⁽²¹⁾ analizó los efectos de las técnicas de relajación sobre la ansiedad y calidad de vida, *Szigethy* ⁽²²⁾ la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de jóvenes con EII; y *Vogelaar* ⁽²³⁾ se centró también en los efectos de las terapias sobre los pacientes fatigados.

5.2.3 Tipos de psicoterapia

En los ocho estudios se utilizaron métodos directos de psicoterapia. Cada uno de los autores se centró en un tipo.

La terapia más utilizada por los autores revisados ha sido la TCC, que consiste en un tratamiento psicológico a corto plazo que ayuda a modificar los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Suele usarse para tratar la ansiedad y la depresión. Se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas del pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico actual. La TCC se puede hacer individualmente o en grupo. También puede hacerse con un libro de auto-ayuda o un programa de ordenador.

- Berrill ⁽¹⁷⁾ empleó un programa de 16 semanas con 6 sesiones individuales de 40 minutos cada una. Seguimiento durante 1 año empleando técnicas conductuales y cognitivas con meditación consciente.
- Boye ⁽¹⁸⁾ programa de 6-9 sesiones individuales, más 3 sesiones grupales basadas en relajación y resolución de problemas. Finalizando por 1-3 sesiones de refuerzo a los 6-12 meses de seguimiento.
- Keefer ⁽²⁰⁾ programa de 20 semanas con 7 sesiones individuales semanales de 45-60 minutos basadas en orientación y mejora de la gestión de su estrés y conocimiento de la enfermedad. Seguimiento durante 12 meses

Szigethy ⁽²²⁾ aplicó 2 tipos de psicoterapia, ambos tuvieron una duración de 12 semanas con sesiones individuales semanales de 45 minutos.

- La TCC: Empleando folletos y tareas de práctica con imágenes, juegos. Enseñanza de nuevas formas de comportamiento y pensamiento; además al tratarse de menores de edad, se realizaban 3 sesiones con los padres centradas en orientación para que animen a sus hijos a usar las habilidades de TCC.
- La SNTD: conversaciones, debate entre los participantes repartidos por grupos de edad semejantes (grupo de 9-13 años y grupo de 14-17. Proporcionando en ellas apoyo emocional y social, escucha reflexiva empática y búsqueda de recursos de ayuda. Al contrario que en la TCC no enseñaban habilidades específicas ni prácticas, sino escucha activa. También realizaron 3 sesiones con los padres centradas en escuchar sus preocupaciones y dudas.

Jedel ⁽¹⁹⁾ empleó el MBSR (Programa de Reducción de Estrés basado en la atención plena) es una de las intervenciones con mayor efectividad a la hora de reducir el estrés, como así también ansiedad, depresión y diversas condiciones físicas asociadas a estados de estrés crónico.

Puede describirse como la capacidad de estar plenamente presente en el aquí y ahora. Se trata de un programa de 8 semanas con sesiones semanales de 2 horas y media de instrucción, siendo las sesiones 1 y 8 intensivas de 3 horas. Basado en ejercicios formales (meditaciones) e informales (conocimiento de las reacciones personales a los acontecimientos diarios).

Keefe⁽²⁰⁾ utilizó también la Hipnoterapia en sus estudios. Programas de 7 semanas con sesiones individuales semanales de 45 minutos de duración. Además de la grabación de un audio de auto-hipnosis para practicar durante 5 veces a la semana y la entrega de un cuestionario de credibilidad de 10 puntos (1 no creíble. 10 totalmente creíble).

Mizrahi⁽²¹⁾ intervino con técnicas de relajación basadas en un programa de 3 semanas con sesiones semanales de entrenamiento de la relajación más 1 disco de audio para la práctica en casa.

Vogelaar⁽²³⁾ utilizó TCS (terapia breve centrada en soluciones) La Terapia Breve es un nuevo modelo de terapia que busca solucionar los problemas de la manera más rápida, eficiente y menos dolorosa. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "Aquí y Ahora". Empleó para ello un programa de 3 meses de intervención basado en 7 sesiones de 1 hora y media cada una.

5.2.4 Principales resultados

Las intervenciones realizadas en los ocho estudios dan lugar a resultados sobre la CVRS, el estado emocional (ansiedad, depresión) y la actividad de la enfermedad.

Para la mayoría de los autores las intervenciones psicológicas mejoraron la calidad de vida del paciente, pero los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Vogelaar destaca tras sus estudios que los efectos beneficiosos disminuyen durante el seguimiento. No existiendo mejoría en tratamientos largos de más de 9 meses.

Autores como Boye y Jedel insisten en llevar a cabo intervenciones psicológicas sólo en aquellos pacientes que las necesiten expresamente por padecer trastornos psicológicos como ansiedad o depresión. Lo consideran más razonable que aplicar un abordaje indiscriminado, ya que podría ocasionar, en el mejor de los casos, consumo de recursos innecesario al no generar efecto positivo alguno; y en el peor de los casos, inducir sensación de problema psíquico en personales que no lo padecen.

5.2.5 Niveles de evidencia y grados de recomendación

Valoramos los estudios seleccionados según su nivel de evidencia y grado de recomendación, basándonos en la clasificación que se muestra en el Anexo 5.

Todos los estudios ^(17, 18, 19, 20, 21, 22, 23) han sido clasificados con “Nivel de evidencia I” por ser ECAs. En cuanto al grado de recomendación, los estudios de Berrill ⁽¹⁷⁾, Keefer ⁽²⁰⁾, Mizrahi ⁽²¹⁾, Szigethy ⁽²²⁾, Vogelaar ⁽²³⁾ los hemos considerado con un grado de recomendación “B”, es decir, son recomendables; y los estudios de Boye ⁽¹⁸⁾ y Jedel ⁽¹⁹⁾, con un grado “C”, ni recomendable ni desaconsejable

5.3 Factor de impacto de las revistas científicas

El factor de impacto mide la repercusión de una revista científica a partir del análisis de las citaciones que han recibido los artículos que se han publicado en ella. Se ha llevado a cabo a través de la **ISI Web of Knowledge** – Journal Citation Reports (<http://apps.webofknowledge.com>)

Tabla 1. Factor de impacto de las revistas utilizadas	
REVISTA	FACTOR DE IMPACTO
Behaviour Research and Therapy	3.395
Cochrane Database of Systematic Reviews	6.032
Digestion	2.097
Gut	14.660
Journal of Crohn's and Colitis	6.23
Journal of Health Psychology	1.748
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	7.260

6. DISCUSIÓN

Numerosos estudios abalan la relación entre el estrés y la aparición de brotes de la EII. Se supone que el aumento del estrés influye en el sistema endocrino y el sistema inmunológico, los cuales son los mediadores del proceso inflamatorio. Con esta revisión intentamos dar un paso más a lo anterior, es decir, si los eventos estresantes parecen estar relacionados con el empeoramiento de la enfermedad, ¿es posible mejorar la actividad y el curso de la misma mediante las terapias psicológicas?

Es importante señalar que en todos los estudios, la psicoterapia se utiliza como un tratamiento complementario. Los estudios utilizaron diferentes métodos psicoterapéuticos (individual y la terapia de grupo, métodos psicodinámicos, terapia conductual, terapia de relajación, hipnoterapia y manejo del estrés).

En términos generales, la puntuación IBDQ refleja una relativa buena CVRS en la población de todos los artículos. Estos resultados podrían deberse a que la mayoría de pacientes en el momento de la entrevista se encontraban en remisión y con tratamiento farmacológico efectivo.

Uno de los aspectos sobre los que más controversia hay en relación con la CVRS en pacientes con EII, es si esta difiere entre la CU y la EC. En nuestro estudio, la CVRS no está influida por el tipo de diagnóstico, puesto que no se apreciaron diferencias significativas en la puntuación IBDQ entre pacientes con CU y EC. Debido a la escasez de estudios, no es posible decidir si una terapia es superior a otra.

En cuanto a la variable edad, en adolescentes los resultados son más positivos; las intervenciones psicológicas pueden mejorar el estado psicológico en términos de CVRS, depresión, ansiedad y afrontamiento de la enfermedad, pero la evidencia es limitada.

6.1. Limitaciones metodológicas

La búsqueda bibliográfica ha generado numerosos resultados, sin embargo la limitación establecida en los criterios de inclusión y exclusión ha descartado muchos de ellos. Nuestra búsqueda se ha centrado exclusivamente en estudios con nivel de evidencia 1, (RS y ECAs) al considerar que son los que nos pueden aportar alguna fuerza científica, sin embargo, la cantidad de estudios localizados, no son en modo alguno la representación total de la literatura científica sobre el tema. Además nos hemos centrado únicamente en intervenciones psicológicas que tuvieran influencia sobre la CVRS, el estado emocional y la actividad de la enfermedad.

Como criterios de inclusión y exclusión podemos destacar la limitación de idioma (inglés, español y portugués) lo cual minimiza el número de resultados obtenidos.

Otra limitación es que combinamos las intervenciones conductuales sin tener en cuenta los aspectos independientes de cada uno.

Cabe destacar el número de pacientes incluidos en cada estudio, los cuales, en la mayoría de ellos, no superaban los 100 pacientes. Consideramos la muestra pequeña, ya que cuanto mayor sea la población estudiada, más fiables serán los resultados y conclusiones extraídas.

Existen también diferentes aspectos que podrían limitar los resultados; como la naturaleza impredecible de la propia EII; o el simple hecho de que al tratarse de un seguimiento por parte de un especialista haya actuado como un reductor del estrés, o viceversa, que algunos pacientes puedan haberse sentido más estresados por la aplicación de estas técnicas. Por último, planteamos también que la intervención psicoterapéutica elegida no haya sido la más indicada para el paciente.

7. CONCLUSIONES

Tras la revisión sistemática no existe evidencia de la eficacia de la terapia psicológica en adultos con EII. La psicoterapia no fue efectiva en la mejora de CVRS, problemas emocionales y actividad de la enfermedad. Los datos no fueron suficientes para identificar subgrupos o intervenciones específicas. No existe diferencia según el tipo de enfermedad (CU o EC) ni según la intensidad de la terapia

En contraste, en adolescentes las intervenciones psicológicas pueden mejorar el estado psicológico en términos de CVRS, depresión, ansiedad y afrontamiento de la enfermedad, pero la evidencia es limitada.

A pesar de las limitaciones metodológicas y la heterogeneidad de los estudios analizados, la asociación de terapias psicológicas al tratamiento farmacológico de control de la respuesta inflamatoria puede ser recomendable como adyuvante en el manejo de los pacientes afectados por EII.

En la mayoría de estudios los propios pacientes informaron que estaban satisfechos con la formación recibida durante las terapias, sintiéndose más capaces de aceptar y hacer frente a la enfermedad. Los resultados hasta ahora llevan a la conclusión de que la psicoterapia no tiene un impacto en el curso de la enfermedad, pero, en algunos casos, influye positivamente en el estado psicológico del paciente, lo que reduce las recaídas y la hospitalización, mejora la adherencia a la medicación y puede ser rentable. Por lo tanto, la psicoterapia no debe, en general, ser recomendada para todos los pacientes con EII crónica. Aquellos pacientes que tengan tendencia a problemas psicológicos asociados a su enfermedad, sí podrían beneficiarse de ella.

Consideramos necesario seguir investigando en este campo, desarrollando intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal para demostrar su efectividad y conocer qué subgrupos reportarían un mayor beneficio.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz M, Lana R, Mendoza J.L. Definiciones y manifestaciones clínicas generales. En: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 3ª ed. Madrid. 2007. p.21-8.
2. Palma R, Quera R. Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Clin. Med. 2008; 19(4)331-41
3. Gomollón F, Sans M. Enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad de Crohn. En: Intestino delgado y colon. 2ªed. Madrid. 2008. p.443-58.
4. Oltra L. Importancia de la enfermería en EII. Enfermedad Inflamatoria Intestinal AL DIA [on line] 2011. [Acceso 21 de enero de 2016]: 10:13-6. Disponible en: http://www.eiialdia.com/ArticulosPDF/Vol101/1%20REVISIONES%2010_12.pdf
5. Vergara M. La repercusión biopsicosocial del estrés en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad Inflamatoria Intestinal AL DIA [on line] 2013. [Acceso 25 de enero de 2016]: 12:27-33. Disponible en: http://www.eiialdia.com/ArticulosPDF/Vol121/Revisiones_121_5.pdf
6. Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa [sede web]. ACCU.com 2014 [consulta el 27 Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.accuesp.com/mm/file/Actividades/D%C3%ADa%20Mundial%20EII/Nota%20de%20Prensa%20EII%202014.pdf>
7. Saro Gismera S. ¿Por qué está aumentando la incidencia de la EIIC? Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día [Internet]. 2010 [consulta el 228 de Enero de 2016]; 9(3): p. 139-149. Disponible

en: <http://www.eiialdia.com/2011/01/vol-9-num-3-revisiones-porque-esta-aumentando-la-incidencia-de-la-eici/>

8. Borrueal N, Casellas F, Castells I, Castillejo N, Malagelada J.R, Masachs M, et al. Aplicación de un modelo de asistencia continuada en la enfermedad inflamatoria intestinal: la Unidad de Atención Crohn-Colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32(2):77–82.
9. Knowles SR, Monshat K, Castle DJ. The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: a review. *Inflamm Bowel Dis*. 2013; 19(12):2704-15.
10. Von Wietersheim J, Kessler H. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: a review. *Inflamm Bowel Dis*. 2006; 12(12):1175-84.
11. Camacho Martel L. Factores psicosociales en la enfermedad inflamatoria intestinal: estado actual. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día* [Internet]. 2009 [consulta el 29 de Enero de 2016]; 8(2) 103-111. Disponible en: http://www.eiialdia.com/VolumenesPDF/EI1%20vol%208%202009/Vol8_num2.pdf#page=36
12. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet* 2007; 369: 1641–1657.
13. Mawdsley JE, Rampton DS. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*. 2005; 54:1481-91.

14. McCombie AM, Mulder RT, Geary RB. Psychotherapy for inflammatory bowel disease: a review and update. *J Crohns Colitis*. 2013; 7(12):935-49.
15. Torrejón A, Masachs M, Borrueal N, Castillo N, Malagelada JR, Casellas F. Aplicación de un modelo de asistencia continuada en la enfermedad inflamatoria intestinal: la Unidad de Atención Crohn-Colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32:77-82.
16. Timmer A, Preiss JC, Motschall E, Rucker G, Jantschek G, Moser G. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(2)
17. Berrill JW, Sadlier M, Hood K, Green JT. Mindfulness-based therapy for inflammatory bowel disease patients with functional abdominal symptoms or high perceived stress levels. *J Crohns Colitis*. 2014; 8(9):945-55.
18. Boye B, Lundin KE, Jantschek G, Leganger S, Mogleby K, Tangen T, et al. INSPIRE study: does stress management improve the course of inflammatory bowel disease and disease-specific quality of life in distressed patients with ulcerative colitis or Crohn's disease? A randomized controlled trial. *Inflamm Bowel Dis*. 2011; 17(9):1863-73.
19. Jedel S, Hoffman A, Merriman P, Swanson B, Voigt R, Rajan KB, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to prevent flare-up in patients with inactive ulcerative colitis. *Digestion*. 2014; 89(2):142-55.
20. Keefer L, Kiebles JL, Martinovich Z, Cohen E, Van Denburg A, Barrett TA. Behavioral interventions may prolong remission in

patients with inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther.* 2011; 49(3):145-50.

21. Mizrahi MC, Reicher-Atir R, Levy S, Haramati S, Wengrower D, Israeli E, et al. Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease. *Psychol Health.* 2012; 27(12):1463-79.
22. Szigethy E, Bujoreanu SI, Youk AO, Weisz J, Benhayon D, Fairclough D, et al. Randomized efficacy trial of two psychotherapies for depression in youth with inflammatory bowel disease. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014; 53(7):726-35.
23. Vogelaar L, van't Spijker A, Timman R, van Tilburg AJ, Bac D, Vogelaar T, et al. Fatigue management in patients with IBD: a randomised controlled trial. *Gut.* 2014; 63(6):911-8.
24. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad inflamatoria intestinal al día.* 2003; 2(2):39-42.

ANEXOS

ANEXO 1. Principales diferencias entre la EC y la CU ⁽²⁾

Diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis Ulcerosa	
<i>Enfermedad de Crohn</i>	<i>Colitis Ulcerosa</i>
Afecta a recto con menor frecuencia	Afectación del recto
Cualquier segmento de boca a ano	Mayor o menor extensión del colon
Afectación segmentaria asimétrica	Afectación en continuidad y simétrica
Afectación transmural	Afectación mucosa
“Envoltura grasa”	Engrosamiento de la capa muscular
Desarrollo de fistulas y estenosis	No habitual estenosis ni fistulas
Enfermedad perianal	Rara enfermedad perianal
Abscesos intraabdominales	Raros abscesos
Úlceras serpinginosas, empedrado	Pérdida patrón vascular, edemas, úlceras
Histología:	Histología:
<ul style="list-style-type: none"> • Granulomas • Lesiones discontinuas • Fibrosis • Agregados linfoides 	<ul style="list-style-type: none"> • Abscesos en criptas • Lesiones continuas • Distorsión arquitectura • Depleción de mucina

ANEXO 2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Tabla II: Localización de revisiones sistemáticas

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS
CRD	"Inflammatory Bowel Disease" AND "Psychotherapy"	3
PubMed	("Inflammatory Bowel Diseases"[Mesh] AND "Psychotherapy"[Mesh] Filters activated: Systematic Reviews, published in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, Spanish.	8
JBI Connect	"Inflammatory Bowel Disease" AND Psychotherapy	0

Tabla III: Localización de estudios originales

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS
PubMed	("Inflammatory Bowel Diseases"[Mesh] AND "Psychotherapy"[Mesh] Filters activated: Randomized Controlled Trial, Publication date from April 2010 to 2016, Humans, English, Portuguese, Spanish.	16
CINAHL	(MM "Inflammatory Bowel Diseases") AND (MH "Psychotherapy") filters: 2010	4
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY (inflammatory bowel disease AND psychotherapy) Filters activated: publish 2010 to actually; article	30
Web of Science	(inflammatory bowel disease AND psychotherapy) Filters activated: Clinical Trial, English OR Portuguese OR Spanish) publicado desde abril del 2010	7

Lilacs	inflammatory disease psychotherapy stress	bowel AND AND 1
BVS (Biblioteca Virtual en Salud)	inflammatory disease psychotherapy stress Filters Humans, since 2010, Portuguese, Spanish.	bowel AND AND 12 activated: published English, Spanish.

ANEXO 3: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE REVISIONES SISTEMÁTICAS

	Referencia bibliográfica	Inclusión	Motivo de exclusión
1	Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. Gut. 2006; 55 (Suppl 1): 36–58.	No	Tipo de intervención: tratamiento quirúrgico.
2	Deshmukh P, Kulkarni G, Lackamp J. Inflammatory bowel disease in children: psychological and psychiatric issues. Curr Psychiatry Rep. 2010; 12(3):222-8.	No	Tema: se centra sólo en niños y adolescentes y no tiene resultados concretos.
3	Häuser W, Moser G, Klose P, Mikocka-Walus A. Psychosocial issues in evidence-based guidelines on inflammatory bowel diseases: A review. World J Gastroenterol. 2014; 20(13):3663-71.	No	Tema: recomendaciones

4	Knowles SR, Monshat K, Castle DJ. The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: a review. <i>Inflamm Bowel Dis.</i> 2013; 19(12):2704-15.	No	No expone resultados concretos
5	McCombie AM, Mulder RT, Geary RB. Psychotherapy for inflammatory bowel disease: a review and update. <i>J Crohns Colitis.</i> 2013; 7(12):935-49.	No	No expone resultados concretos
6	Peters SL, Muir JG, Gibson PR. Review article: gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. <i>Aliment Pharmacol Ther.</i> 2015; 41(11):1104-15.	No	Tema: se centra en síndrome de intestino irritable.
7	Timmer A, Preiss JC, Motschall E, Rücker G, Jantschek G, Moser G. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2011;(2)	Si	

8	<p>Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, van der Woude CJ, Sturm A, De Vos M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. J Crohns Colitis. 2010; 4(1):63-101.</p>	No	<p>Tipo de intervención: tratamiento médico sin intervención psicológica.</p>
9	<p>Von Wietersheim J, Kessler H. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: a review. Inflamm Bowel Dis. 2006; 12(12):1175-84.</p>	No	<p>No expone resultados concretos</p>

ANEXO 4: RESULTADOS BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS ORIGINALES

	Referencia bibliográfica	Inclusión	Motivo de exclusión
1	Akbar A, Desaid N, Jenkins G, O'Malley J, Rampersad-Smith L, Read N, et al. Treating IBS in practice: a round table discussion. Practice Nursing. 2013; 24 (11): 530	No	Tema: síndrome de intestino irritable.
2	Bennebroek E F, Thijssens NA, Stokkers PC, Grootenhuis MA, Bockting CL, Nieuwkerk PT, et al. Do Inflammatory Bowel Disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? J Crohns Colitis. 2012 Feb; 6(1):68-76	No	Tipo de intervención: tipo de tratamiento recibido en pacientes con EII.
3	Bennebroek F, Bockting CL, Stokkers PC, Hinnen C, Sanderman R, Sprangers MA. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: multi-center design and study protocol. BMC Psychiatry. 2012; 12:227.	No	Tipo de artículo: protocolo de estudio.
4	Berrill JW, Sadlier M, Hood K, Green JT. Mindfulness-based therapy for inflammatory bowel disease patients with functional abdominal symptoms or high perceived stress levels. J Crohns Colitis. 2014; 8(9):945-55.	Si	

5	Bonaz BL, Bernstein CN. Brain-Gut Interactions in Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology. 2013; 144(1):36-49.	No	Tema: compara con intervenciones en animales.
6	Boye B, Lundin KE, Jantschek G, Leganger S, Mogleby K, Tangen T, et al. INSPIRE study: does stress management improve the course of inflammatory bowel disease and disease-specific quality of life in distressed patients with ulcerative colitis or Crohn's disease? A randomized controlled trial. Inflamm Bowel Dis. 2011; 17(9):1863-73.	Si	
7	Cotton S, Humenay Roberts Y, Tsevat J, Britto MT, Succop P, McGrady ME, et al. Mind-body complementary alternative medicine use and quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2010; 16(3):501-6.	No	Tipo de intervención: medicina alternativa.
8	Fernández A, Barreiro-de Acosta M, Vallejo N, Iglesias M, Carmona A, González-Portela C, et al. Complementary and alternative medicine in inflammatory bowel disease patients: frequency and risk factors. Dig Liver Dis. 2012; 44(11):904-8.	No	Tipo de intervención: medicina alternativa

9	Filipovic BR, Filipovic BF. Psychiatric comorbidity in the treatment of patients with inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2014; 20(13):3552-63.	No	Tipo de artículo: revisión
10	Goodhand JR, Wahed M, Mawdsley JE, Farmer AD, Aziz Q, Rampton DS. Mood disorders in inflammatory bowel disease: relation to diagnosis, disease activity, perceived stress, and other factors. Inflamm Bowel Dis. 2012; 18(12):2301-9	No	Tema: factores de riesgo de EII.
11	Gouveia EC, Ávila LA. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. Psicol. estud. 2010; 15 (2)	No	Tema: relación aspectos emocionales.
12	Graff LA, Clara I, Walker JR, Lix L, Carr R, Miller N, et al. Changes in fatigue over 2 years are associated with activity of inflammatory bowel disease and psychological factors. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013; 11(9):1140-6.	No	Tema: fatiga en eii
13	Häuser W, Moser G, Klose P, Mikocka-Walus A. Psychosocial issues in evidence-based guidelines on inflammatory bowel diseases: a review. World J Gastroenterol. 2014; 20(13):3663-71.	No	Tipo de artículo: revisión sistemática.

14	Hommel KA, Hente EA, Odell S, Herzer M, Ingerski LM, Guilfoyle SM, Denson LA. Evaluation of a group-based behavioral intervention to promote adherence in adolescents with inflammatory bowel disease. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2012; 24(1):64-9.	No	Tipo de intervención: intervención para mejorar la adherencia a la medicación
15	Jedel S, Hankin V, Voigt RM, Keshavarzian A. Addressing the mind, body, and spirit in a gastrointestinal practice for inflammatory bowel disease patients. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012;10(3):244-6.	No	Tipo de artículo: se centra en dos casos, no realiza ensayo clínico.
16	Jedel S, Hoffman A, Merriman P, Swanson B, Voigt R, Rajan KB, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to prevent flare-up in patients with inactive ulcerative colitis. Digestion. 2014; 89(2):142-55.	Si	
17	Keefer L, Kiebles JL, Kwiatek MA, Palsson O, Taft TH, Martinovich Z, et al. The Potential Role of a Self-Management Intervention for Ulcerative Colitis: A Brief Report From the Ulcerative Colitis. Hypnotherapy Trial. Biol. Res Nurs 2012; 14 (1): 71-7.	No	Tipo de artículo: informe breve.

18	Keefe L, Doerfler B, Artz C. Optimizing management of Crohn's disease within a project management framework: results of a pilot study. <i>Inflamm Bowel Dis</i> . 2012 Feb; 18(2):254-60.	No	Tipo de artículo: estudio piloto.
19	Keefe L, Kiebles JL, Martinovich Z, Cohen E, Van Denburg A, Barrett TA. Behavioral interventions may prolong remission in patients with inflammatory bowel disease. <i>Behav Res Ther</i> . 2011; 49(3):145-50.	Si	
20	Keefe L, Taft TH, Kiebles JL, Martinovich Z, Barrett TA, Palsson OS. Gut-directed hypnotherapy significantly augments clinical remission in quiescent ulcerative colitis. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> . 2013; 38(7):761-71.	No	Tema: se centra sólo en pacientes con CU y no aporta resultados concretos.
21	Keethy D, Mrakotsky C, Szigethy E. Pediatric inflammatory bowel disease and depression: treatment implications. <i>Curr Opin Pediatr</i> . 2014; 26(5):561-7.	No	Tema: analiza los factores de riesgo neurobiológicos de la depresión en la EII
22	Leone D, Menichetti J, Fiorino G, Vegni E. State of the art: psychotherapeutic interventions targeting the psychological factors involved in IBD. <i>Curr Drug Targets</i> . 2014; 15(11):1020-9.	No	Publicación de pago

23	López San Román A, Muñoz F. Comorbidity in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2011; 17(22): 2723–2733.	No	Tema: morbilidad en eii
24	McCombie A, Geary R, Mulder R. Preferences of inflammatory bowel disease patients for computerised versus face-to-face psychological interventions. J Crohns Colitis. 2014; 8(6):536-42.	No	Tema: preferencias de los pacientes en la elección de tratamiento.
25	Mikocka-Walus A, Gordon AL, Stewart BJ, Andrews JM. 'Just to get it off my chest': patients' views on psychotherapy in inflammatory bowel disease. Counselling and Psychotherapy Research, 2013; 13(3):227-234,	No	Tema: puntos de vista de los pacientes.
26	Mikocka-Walus A, Andrews JM. Attitudes towards antidepressants among people living with inflammatory bowel disease: an online Australia-wide survey. J Crohns Colitis. 2014; 8(4):296-303.	No	Tema: uso de antidepresivos y sus efectos.
27	Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM. Cognitive-behavioural therapy has no effect on disease activity but improves quality of life in subgroups of patients with inflammatory bowel disease: a pilot	No	Tipo de artículo: estudio piloto

	randomised controlled trial. BMC Gastroenterol. 2015; 15:54.		
28	Mikocka-Walus A, Turnbull D, Andrews JM, Moulding N, Wilson I, Holtmann G. Psychogastroenterology: a call for psychological input in Australian gastroenterology clinics. Intern Med J. 2009; 39(2):127-30.	No	Tema: discrepancias de gastroenterólogos
29	Mizrahi MC, Reicher-Atir R, Levy S, Haramati S, Wengrower D, Israeli E, et al. Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease. Psychol Health. 2012; 27(12):1463-79.	Si	
30	Moser G. The role of hypnotherapy for the treatment of inflammatory bowel diseases. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2014; 8(6):601-6.	No	Publicación de pago
31	O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Détré P, et al. N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. J Crohns Colitis. 2013;7(9):744-64.	No	Tema: función de las enfermeras en el cuidado del paciente con eii

32	Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2010; 1 54(4):307-14.	No	Tipo de artículo: revisión
33	Rakovec-Felser Z. The biopsychosocial model of treatment the patients with inflammatory chronic bowel disease. Coll Antropol. 2011; 35(2):453-61.	No	Tipo de intervención: modelo biopsicosocial.
34	Romano C, Porcaro F. Current Issues in the Management of Pediatric Functional Abdominal Pain. Rev Recent Clin Trials. 2014; 9(1):13-20.	No	Tema: dolor abdominal pediátrico.
35	Sandhu BK, Paul SP. Irritable bowel syndrome in children: pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. World J Gastroenterol. 2014;20(20):6013-23.	No	Tema: síndrome de intestino irritable en niños
36	Schoultz M, Atherton IM, Hubbard G, Watson AJ. The use of mindfulness-based cognitive therapy for improving quality of life for IBD patients: study protocol for a pilot randomised controlled trial with embedded process evaluation. Trials. 2013; 17; 14:431.	No	Tipo de artículo: estudio piloto

37	Szigethy E, Bujoreanu SI, Youk AO, Weisz J, Benhayon D, Fairclough D, et al. Randomized efficacy trial of two psychotherapies for depression in youth with inflammatory bowel disease. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2014; 53(7):726-35.	Si	
38	Thompson RD, Craig A, Crawford EA, Fairclough D, Gonzalez-Heydrich J, Bousvaros A, Noll RB, DeMaso DR, Szigethy E. Longitudinal results of cognitive behavioral treatment for youths with inflammatory bowel disease and depressive symptoms. <i>J Clin Psychol Med Settings</i> . 2012; 19(3):329-37.	No	Publicación de pago
39	Triantafillidis JK, Merikas E, Gikas A. Psychological factors and stress in inflammatory bowel disease. <i>Expert Rev Gastroenterol Hepatol</i> . 2013; 7(3):225-38.	No	Tema: papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad
40	Turner D, Wolters VM, Russell RK, Shakhnovich V, Muise AM, Ledder O, et al. Anti-TNF, infliximab, and adalimumab can be effective in eosinophilic bowel disease. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> . 2013; 56(5):492-7.	No	Tipo de intervención: tratamiento farmacológico.

41	Vogelaar L, van't Spijker A, Timman R, van Tilburg AJ, Bac D, Vogelaar T, et al. Fatigue management in patients with IBD: a randomised controlled trial. Gut. 2014; 63(6):911-8.	Si	
42	Vogelaar L, Van't Spijker A, Vogelaar T, van Busschbach JJ, Visser MS, Kuipers EJ, et al. Solution focused therapy: a promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease. J Crohns Colitis. 2011; 5(6):585-91.	No	Tema: fatiga en enfermedad de crohn
43	Vogt BA. Inflammatory bowel disease: perspectives from cingulate cortex in the first brain. Neurogastroenterol Motil. 2013; 25(2):93-8	No	Tema: cambios volumétricos en el cerebro del paciente con IBD.
44	Wahed M, Corser M, Goodhand JR, Rampton DS. Does psychological counseling alter the natural history of inflammatory bowel disease? Inflamm Bowel Dis. 2010; 16(4):664-9	No	Tipo de artículo: estudio de casos y controles

ANEXO 5:**NIVELES DE EVIDENCIA (USPSTF)***

NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN (USPSTF)*

GRADO RECOMENDACIÓN	SIGNIFICADO
A	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente los perjuicios).
B	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan los perjuicios).

C	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
D	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
I	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

* El **USPSTF** (*U.S. Preventive Services Task Force*) es un panel independiente de expertos no federales en la prevención y la medicina basada en la evidencia compuesto por profesionales de atención primaria (internistas, pediatras, médicos de familia, ginecólogos, enfermeras y especialistas en el comportamiento de la salud). Revisa las evidencias de una amplia gama de servicios de salud preventivos clínicos, por ejemplo, detección, asesoramiento y medicamentos preventivos y desarrolla recomendaciones para los médicos de atención primaria y de los sistemas de salud. ⁽²⁴⁾