



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2021-2022

Trabajo Fin de Máster

DIFERENCIAS EN LA AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Autora: Paula Cabezos Sirvent

Tutor: Carlos Javier Van-Der Hofstadt Román

Co-Tutora: Purificación Bernabeu Juan

Código de la Oficina de Investigación Responsable:
TFM.MPG.CJVHR.PCS.211116

Convocatoria: junio 2022.



Resumen

Introducción: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica que engloba la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). El diagnóstico de una EII supone un impacto en la calidad de vida del paciente, pudiendo ser diferente según el tipo de enfermedad. **Objetivo:** Analizar las diferencias en la afectación de la calidad de vida al inicio de diagnóstico en pacientes con EC y CU. **Método:** Estudio observacional, multicéntrico y de tipo transversal, en el que participaron 156 pacientes recién diagnosticados de EII (< 6 meses) de 4 hospitales de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. Los pacientes fueron evaluados a través del instrumento Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-32), el cual mide el nivel de calidad de vida en la EII. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 80 pacientes con diagnóstico de EC (51.0%) y 76 pacientes con diagnóstico de CU (49.0%). La edad media fue de 42.3 ± 16.2 . Los pacientes con EC mostraron una mayor afectación (42.5%) en el nivel de calidad de vida general que los pacientes con CU (17.1%) ($p: .001$). En las dimensiones del IBDQ-32, los pacientes con EC mostraron diferencias significativas en las esferas sistémica, emocional y social. En la dimensión digestiva las puntuaciones fueron similares en ambos grupos. **Discusión:** Los pacientes recién diagnosticados de EC tienen una mayor afectación en su calidad de vida en comparación con los pacientes diagnosticados de CU. La atención psicológica debe ser considerada para mitigar el impacto del diagnóstico.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa, calidad de vida, afectación, recién diagnosticados.

Abstract

Background: Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a chronic disease that includes Crohn Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC). The diagnosis of IBD has an impact on the patient's quality of life and can have different implications depending on the disease type.

Objective: To analyze the differences in quality of life between newly diagnosed patients

with CD and with UC. **Methods:** Cross-sectional, multi-center, observational study in 156 patients with a new diagnosis of IBD (<6 months). The patients were recruited from 4

different hospitals from Comunidad Valenciana. Patients were evaluated using the

Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-32) which measures the quality of life in patients with IBD. **Results:** The sample was composed of 80 CD patients (51.0%) and 76 UC

patients (49.0%). Mean age was 42.3 ± 16.2 . In terms of general quality of life, patients with CD showed a greater affectation (42.5%) compared to UC patients (17.1%) ($p: .001$). In the

IBDQ domains, CD patients showed significant differences, specifically in the systemic, emotional and social. In the digestive domain scores were similar. **Conclusions:** Patients with

a recent diagnosis of CD have a greater affectation in their quality of life compared to

patients with a recent diagnosis of UC. Psychological care should be considered to alleviate the impact of the diagnosis.

Keywords: Inflammatory Bowel Disease, Crohn Disease, Ulcerative Colitis, quality of life, affectation, newly diagnosed.

Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica de causa desconocida, caracterizada por una inflamación intestinal recidivante y una evolución impredecible, y cuyos principales síntomas incluyen diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, anemia y artralgia (Knowles et al., 2018).

Las dos formas principales de EII son la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). En la EC se produce una inflamación discontinua transmural de cualquier parte del tubo digestivo, aunque es más frecuente en el íleon terminal y el colon, mientras la CU se caracteriza por una afectación continua de la mucosa en el intestino grueso (colon) y el recto (Gompertz y Sedano, 2019; Torres dos Santos y Ribeiro, 2019).

Los síntomas más característicos de la CU son la rectorragia y la diarrea, la cual suele ser diurna y nocturna. Una afectación rectal intensa puede llevar a la emisión de sangre y mucosidad aislada o con heces líquidas, acompañado a veces de urgencia, de incontinencia o tenesmo rectal (Barreiro de Acosta, 2016). En la EC la forma más común de presentación es la diarrea crónica (más de 6 semanas), siendo posible también como forma de inicio dolor abdominal agudo similar a una apendicitis aguda y sangre o mucosidad en las heces (Redondo, 2016).

La EII cuenta con un primer pico de incidencia entre los 30 y los 40 años de edad y un segundo pico de menor magnitud a los 60 años (Bernabeu, 2017). Es más frecuente en países industrializados y afecta principalmente a individuos de raza blanca, presentando una prevalencia baja en Asia y Oriente Medio (Redondo, 2016). La prevalencia de la EII en Norteamérica y el norte de Europa supera el 0.3% de la población total en los países componentes de dichas zonas geográficas (Ng et al., 2017). Coward et al. (2019) prevén en su modelo predictivo que la prevalencia de la EII en 2025 en Canadá será del 0.9%. La

incidencia anual en las regiones geográficas mencionadas es entre 5 y 20 casos por 100.000 habitantes, y entre 6 y 24 casos por 100.000 habitantes en CU (Molodecky et al., 2012). En España, la incidencia de la EII es de 16.2 casos por 100.000 habitantes, siendo 7.4 casos en EC y 8.1 casos en CU (Chaparro et al., 2021).

Los meses posteriores al diagnóstico de una EII son particularmente complejos para el paciente debido a las numerosas pruebas, información médica, ajustes de medicación y la discusión e implementación de diferentes estrategias terapéuticas (Engel et al., 2021).

El diagnóstico de una EII supone un estresor vital debido al cual puede aparecer sintomatología emocional (Lledó et al., 2016). Su curso crónico e impredecible junto con sus molestos y dolorosos síntomas pueden generar preocupaciones en el paciente acerca de diferentes aspectos, como el control de esfínteres, aislamiento social, fatiga, desarrollo de cáncer o necesidad de cirugía (Sajadinejad et al., 2012). De la misma manera, el área laboral se ve afectada por esta enfermedad debido al absentismo que puede causar, a la reducción de la jornada y a cambios en la carrera profesional (Becker et al., 2015; Purcell, 2013; Restall et al., 2016).

El carácter incierto e imprevisible que representa la EII, las posibles complicaciones a largo plazo y la carga emocional y económica de esta enfermedad suponen un impacto negativo a diferentes niveles, siendo una de estos la calidad de vida (Moradkhani et al., 2013).

La calidad de vida es definida como una evaluación subjetiva individual de la percepción y el funcionamiento de la salud, que incluye no sólo la esfera física de la persona, sino también la psicológica, social y cultural (Knowles et al., 2018; Mrabet et al., 2017; Torres dos Santos y Ribeiro, 2019).

Diversos estudios han revelado peores puntuaciones en calidad de vida de pacientes recién diagnosticados de una EII en comparación con pacientes que presentan una EII de mayor duración (Benedini et al., 2012; Burisch et al., 2014; Haapmaki et al., 2009; Haapmaki et al., 2010; Jaghult et al., 2011; McCombie et al., 2015). Asimismo, existe una mayor morbilidad psiquiátrica tanto en CU como en EC, especialmente dentro del primer año de la enfermedad, lo que es considerado una consecuencia directa del estrés tras el diagnóstico, reflejo de la novedad, gravedad y variabilidad de síntomas (Eldridge y Raine, 2021).

Jaghult et al., (2011) y Purcell (2013) sostienen la importancia de un mayor apoyo de los pacientes recién diagnosticados en comparación con pacientes que llevan un período largo de tiempo viviendo con esta enfermedad y han logrado cierto control y estabilidad de los síntomas en su fase activa. Así, la mejora en la calidad de vida en la fase inicial del tratamiento puede tener unos efectos positivos en la adherencia a este y en el pronóstico de la enfermedad, por lo que es conveniente prestar atención al patrón temprano de la calidad de vida y sus cambios en los pacientes con una EII (Gajendran et al., 2019).

La presentación clínica de la EC y la CU muestra diferencias relevantes. Mientras el signo más común de manifestación en la CU es la diarrea, en la EC son comunes el dolor abdominal, la pérdida de peso o la anemia, apareciendo estas sólo en las formas más graves y extensas de CU (Van Assche et al., 2010; Vavricka et al., 2012). En la misma línea, existe un mayor riesgo de estenosis intestinal y riesgo de cirugía en la EC que en la CU en caso de retraso diagnóstico (Redondo, 2016). Diversos estudios señalan la dimensión sistémica de la calidad de vida, caracterizada por síntomas como fatiga, malestar general, alteración del sueño, como la más afectada en la EII y en concreto los datos muestran una mayor afectación sistémica en la EC que en la CU (Cohen et al., 2014; Iglesias et al., 2012; Larsson et al., 2008; López et al., 2016; Mnif et al., 2010).

La EC presenta una mayor afectación en la dimensión psicológica, mostrando los sujetos con esta enfermedad mayores niveles de ansiedad y depresión (Larsson et al., 2008; Lix et al., 2008; López et al., 2016; Simren et al., 2002). Bernstein et al. (2019) señalan un mayor riesgo de esquizofrenia tras ser diagnosticado de EC que de CU. En la misma línea, Ananthakrishnan et al. (2013) muestran una mayor frecuencia de acontecimientos vitales estresantes 6 meses antes del diagnóstico de EC que de CU. Otros estudios han observado una mayor incidencia y riesgo de suicidio en los sujetos con EC en comparación con CU (Ludvigsson et al., 2021; Eldridge y Raine, 2021).

Con respecto a la calidad de vida, diferentes estudios muestran que pacientes con EC valoran peor su nivel de calidad de vida en comparación con pacientes con CU (Burisch et al., 2014; Casellas et al., 2003; Jaghult et al., 2011; Larsson et al., 2008; López et al., 2016; Tabibian et al., 2015).

Actualmente es escaso el número de estudios que investigan la calidad de vida al inicio del diagnóstico en pacientes con EC y CU, lo que lleva a una carencia de información en dicho campo. Por consiguiente, se propone evaluar el impacto de la EII en la calidad de vida de pacientes recién diagnosticados y de esta forma poder comparar dicha afectación en pacientes con EC y CU en el momento del diagnóstico, para así alcanzar un mayor conocimiento sobre la magnitud de este problema.

Objetivos

Objetivo General

Analizar las diferencias en la afectación de la calidad de vida al inicio de diagnóstico en pacientes con EC y CU.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas en pacientes recién diagnosticados de EC y CU.
2. Analizar la afectación de las dimensiones de calidad de vida en pacientes recién diagnosticados de EII: función emocional, función social, síntomas digestivos y síntomas sistémicos.
3. Comparar la afectación de las dimensiones de calidad de vida entre EC y CU.

Hipótesis

Hipótesis 1: Los pacientes recién diagnosticados de EC tienen un nivel de afectación de la calidad de vida general más alto que los pacientes recién diagnosticados de CU.

Hipótesis 2: Existe afectación en todas las dimensiones que miden calidad de vida en pacientes recién diagnosticados de EII.

Hipótesis 3: Existe una mayor afectación de las dimensiones de calidad de vida en los pacientes recién diagnosticados de EC que en los recién diagnosticados de CU.

Método

Participantes

En este estudio participaron 156 pacientes de ambos sexos (87 hombres y 69 mujeres) con fecha de diagnóstico de EC y CU menor o igual a 6 meses en el momento de la valoración, en las unidades de Digestivo de 4 hospitales de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana: Hospital General Universitario Dr. Balmis, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Hospital General Universitario de Elche y Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

La muestra estuvo compuesta por 80 pacientes con EC (51.0%) y 76 pacientes con CU (49.0%).

Los criterios de inclusión fueron: Edad igual o superior a 18 años; haber sido diagnosticado según criterios de la Organización Europea de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa con fecha igual o menor a 6 meses en el momento de la valoración; firmar el consentimiento informado y aceptar participar en el proceso de evaluación; adecuada lectoescritura y autonomía para rellenar cuestionario de evaluación. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes con problemas de salud mental graves o en fase aguda, cuyas características repercutieran en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Para el reclutamiento de los participantes del estudio se utilizó un muestreo de tipo consecutivo, incluyendo de esta forma a todos los sujetos accesibles y que cumplieran los criterios de inclusión propuestos.

Variables e Instrumentos

Variables Clínicas y Sociodemográficas

- Tipo EII: Colitis Ulcerosa, Enfermedad De Crohn
- Fecha de diagnóstico
- Edad: años en el momento del estudio
- Sexo: mujer, hombre
- Nivel de estudios: nivel de enseñanza completado por el paciente en el momento de la recogida de datos, clasificándose en: No Estudios Universitarios (Sin Estudios, Estudios Primarios, Estudios Secundarios) y Estudios Universitarios.
- Estado civil en el momento del estudio, siendo las opciones: Casado/a, Separado/divorciado, Soltero/a, Viudo/a

- Trabajo: situación laboral del paciente. Las alternativas fueron las siguientes:
Activo/a, Paro, Estudiante, Jubilado/a, Invalidez, Incapacidad Laboral Transitoria, Trabajo hogar

Variable Psicológica

- Afectación de la calidad de vida

Instrumento Utilizado

- Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-32). Para medir la afectación de la calidad de vida de la muestra se utilizó la versión adaptada y validada al castellano de Masachs et al. (2007). Este cuestionario es específico para EII y el más empleado en ámbito hospitalario y científico para evaluar la calidad de vida en pacientes con dicho diagnóstico (Bernabeu, 2017). El IBDQ-32 consta de 32 ítems y recoge información sobre la calidad de vida del paciente en 4 dimensiones: síntomas intestinales (10 ítems), función emocional (12 ítems), función social (5 ítems) y síntomas sistémicos (5 ítems). Cada ítem se valora mediante una escala Likert de 7 puntos, siendo el 7 el punto más elevado de calidad de vida y el 1 el más bajo, con un rango de 32-224 puntos en calidad de vida general (López et al., 2016). En un análisis desagregado de las puntuaciones que los autores del IBDQ-32 realizaron, consideraron una baja calidad de vida cuando la puntuación total oscila entre 32 a 95, una media calidad de vida cuando oscila entre 96 y 159 y una buena calidad de vida cuando la puntuación es a partir de 160 puntos hasta 224 (Guyatt et al., 1989). Con el fin de obtener una mayor precisión acerca de la afectación de la calidad de vida en la EC y CU, se procedió a agrupar las puntuaciones de baja y media calidad de vida general obtenidas en el IBDQ-

32. Para la evaluación de las dimensiones, según el estudio de Veitia et al. (2012), el nivel de afectación de estas es el que se tiene en cuenta, tomando de forma inversa la puntuación con respecto a calidad de vida. Así, para la dimensión digestiva una afectación alta constaría de una puntuación de 10 a 29, una afectación media de 30 a 49 y una afectación baja de 50 a 70; para la dimensión sistémica una afectación alta sería una puntuación de entre 5 y 14, una afectación media de 15 a 24 y baja de 25 a 35 puntos; en la dimensión emocional, una alta afectación correspondería a una puntuación de 12 a 35, media de 36 a 59, y baja de 60 a 84 puntos; en la dimensión social, la afectación es alta con una puntuación de 5 a 14, media de 15 a 24 y baja de 25 a 35 puntos (Veitia et al., 2012). En nuestro estudio, debido al tamaño muestral y al interés por observar si existe afectación o no, se procedió a agrupar las puntuaciones de alta y media afectación con el fin de obtener una menor dispersión y concentrar la información obtenida. El IBDQ-32 en su versión española ha demostrado ser válido y discriminativo en la medida de calidad de vida tanto para pacientes con EC como con CU, debido a sus excelentes propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad, sensibilidad y reproducibilidad (Masachs et al., 2007; Vidal et al. 2007).

Procedimiento

La recogida de datos se realizó desde enero de 2018 hasta marzo de 2020, y se interrumpió con la declaración del estado de excepción debido a la COVID-19. Se accedió a la muestra a través de la Historia Clínica Informatizada de cada Hospital gracias al Sistema para la gestión sanitaria de la Conselleria de Sanitat (ABUCASIS). Así, teniendo en cuenta el listado de pacientes de cada hospital con diagnóstico reciente de EII, se procedió en primer lugar a contactar con ellos por vía telefónica, tras lo cual se les citaron a una entrevista

presencial coincidiendo con el día que tuvieran consulta en el hospital. La valoración fue realizada por psicólogos. El contexto de desarrollo de la valoración se organizó con el fin de proporcionar un ambiente relajado al paciente.

Los pacientes que decidieron participar en el estudio, tras haber sido informados sobre este, firmaron un consentimiento informado. Este estudio se enmarca dentro de uno más amplio que fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital General Universitario Dr. Balmis (CEIm), con fecha de 17 de mayo del año 2018 (Ref. CEI PI2018/047).

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y con los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki (2008). El tratamiento, la comunicación y la cesión de datos de carácter personal de los participantes del estudio se adecuó a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Tipo de Diseño

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y de tipo transversal.

Análisis de los Datos

Para reportar las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se utilizaron estadísticos descriptivos, en los que se incluían frecuencias con porcentajes, media y desviación típica (estas dos últimas en la variable edad). Se utilizó la prueba t de Student para analizar las variables cuantitativas de distribución paramétrica. Para analizar la correlación entre las variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. En los análisis se empleó un nivel de confianza del 95%. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 25.0.

Resultados

Descripción de la Muestra: Características Sociodemográficas y Clínicas de la Muestra

Total.

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio, en el que se incluyeron las siguientes variables: edad (media y desviación típica), sexo, diagnóstico clínico, nivel académico, estado civil y situación laboral.

En la Tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas y clínicas del estudio. Se estudiaron 156 sujetos que cumplían los criterios de inclusión y no los de exclusión, con una edad media de 42.3 y una desviación típica de ± 16.2 , de los cuales 87 eran hombres (55.8%) y 69 eran mujeres (44.2%).

A nivel académico, 107 no poseían estudios universitarios (68.6%), mientras que 49 sí (31.4%).

Con respecto al estado civil, la mayoría de ellos estaban casados, 94 (60.2%) o viviendo en pareja, 12 (7.7%) estaban separados o divorciados, 47 (30.1%) solteros, y 3 (2.0%) eran viudos.

En el ámbito laboral, 83 pacientes se encontraban en activo (53.2%), 23 en desempleo (14.7%), 17 eran estudiantes (10.9%), 13 jubilados (8.3%), 11 (7.1%) trabajaban en labores del hogar, 2 (1.3%) estaban en situación de invalidez y 7 (4.5%) de incapacidad laboral transitoria.

Con respecto a la variable tipo de enfermedad o diagnóstico clínico, 80 (51.0%) participantes tenían EC, mientras que 76 (49.0%) tenían CU.

Tabla 1

Variables Clínicas y Sociodemográficas (n=156)

Variables Clínicas y Sociodemográficas	n (%)
Edad (media±DT)	42.3±16.2
Sexo	
Varones	87 (55.8)
Mujeres	69 (44.2)
Diagnóstico Clínico	
Enfermedad de Crohn	80 (51.0)
Colitis Ulcerosa	76 (49.0)
Nivel de Estudios	
No Estudios Universitarios	107 (68.6)
Estudios Universitarios	49 (31.4)
Estado Civil	
Casado/en Pareja	94 (60.2)
Separado/divorciado	12 (7.7)
Soltero/a	47 (30.1)
Viudo/a	3 (2.0)
Situación Laboral	
Activo/a	83 (53.2)
Paro	23 (14.7)
Estudiante	17 (10.9)
Jubilado/a	13 (8.3)
Invalidez	2 (1.3)
Incapacidad Laboral Transitoria	7 (4.5)

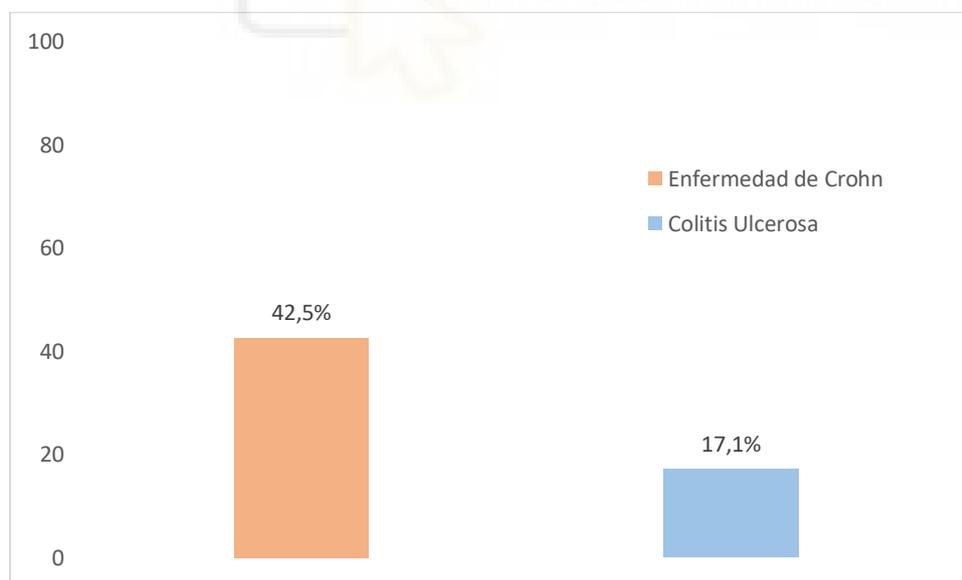
Variables Clínicas y Sociodemográficas	n (%)
Trabajo Hogar	11 (7.1)

Estudio de la Variable Psicológica Calidad de vida General. Muestra Separada por Diagnóstico.

En la Figura 1 se muestra el porcentaje de afectación en calidad de vida general de la muestra separada por diagnóstico. Mientras el 17.1% de los pacientes recién diagnosticados de CU muestra una afectación en su calidad de vida general, en la EC lo hace un 42.5% de los pacientes recién diagnosticados. La prueba chi-cuadrado ($p=0.001$), afirma una diferencia estadísticamente significativa en la afectación de estos dos diagnósticos.

Figura 1

Calidad de Vida General de la Muestra Separada por Diagnóstico (Afectación)



Nota. p: 0.001

Estudio de las Dimensiones de la Variable Psicológica Calidad de vida. Muestra Separada por Diagnóstico.

En la Tabla 2 se describe la afectación de las dimensiones de la variable psicológica estudiada, separadas asimismo por diagnóstico de EC y CU. Los resultados de esta tabla estuvieron en la misma línea que los resultados de afectación de calidad de vida general. Así, se observa una afectación emocional de 40 sujetos con EC (50.0%) y de 14 sujetos con CU (18.4%), con una significación que apoya esta diferencia ($p < 0.001$). En cuanto a la dimensión sistémica, mientras 47 sujetos con EC mostraron afectación (58.8%), los sujetos con CU fueron un total de 25 (32.9%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.001$). Con respecto a la dimensión social, 17 pacientes con EC (21.3%) se mostraron afectados en dicha esfera en comparación con 5 pacientes con CU (6.6%), mostrando de nuevo una significación que afirma la diferencia de afectación entre estos dos diagnósticos ($p = 0.008$). En la dimensión digestiva, se sigue observando en las puntuaciones una mayor afectación de los participantes con EC, siendo 26 los afectados (32.6%), en comparación con los 15 afectados con CU (19.7%). Esta última dimensión, a pesar de no ser estadísticamente significativa ($p = 0.070$), se acerca mucho al valor de p con el que se ha trabajado en el estudio de 0.05.

Es apreciable a través de dichos resultados que la dimensión con un número mayor de afectados tanto en EC como en CU es la dimensión sistémica, con 72 sujetos (46.1%), seguido de la dimensión emocional, con 54 (34.6%), la digestiva, con 41 (26.3%), y la social con 22 (14.1%).

Tabla 2

Calidad de Vida de la Muestra Separada por Diagnóstico. IBDQ Dimensiones (Afectación)

Dimensiones	EC (n=80)	CU (n=76)	p.
IBDQ	n (%)	n (%)	
Sistémica	47 (58.8)	25 (32.9)	0.001*

Dimensiones	EC (n=80)	CU (n=76)	p.
IBDQ	n (%)	n (%)	
Social	17 (21.3)	5 (6.6)	0.008*
Emocional	40 (50.0)	14 (18.4)	< 0.001*
Digestiva	26 (32.6)	15 (19.7)	0.070

Nota. IBDQ: Cuestionario de Calidad de Vida Específico de EII

* $p < 0.05$

Discusión

Este estudio tiene como objetivo analizar el impacto en la calidad de vida de pacientes con EC y CU, los cuales han sido diagnosticados en un lapso de tiempo menor o igual a 6 meses en el momento de la valoración a través del instrumento IBDQ-32.

Tras analizar los resultados obtenidos, se puede afirmar que se cumple la hipótesis 1 propuesta en nuestro estudio, al haber extraído de estos que existe una diferencia estadísticamente significativa de afectación en los sujetos recién diagnosticados de EC en comparación con los sujetos recién diagnosticados de CU, siendo la EC más afectada.

Se han encontrado escasos estudios en los que se compara el nivel de la calidad de vida de los pacientes con EC y CU al inicio del diagnóstico, pudiéndose asimismo observar en estos una falta de significación estadística en sus resultados. McCombie et al. (2015) realizaron un estudio con una muestra diagnosticada de EII en los últimos 6 meses al momento de la evaluación, sin obtener diferencias significativamente estadísticas en la calidad de vida entre los pacientes con EC y CU. Burisch et al. (2014) en su estudio

ecológico EpiCom de incidencia de EII en Europa, analizaron la calidad de vida de 1079 pacientes con EII al inicio del diagnóstico y tras un año de enfermedad, observando en sus resultados un menor nivel de calidad de vida general y por dimensiones en los pacientes recién diagnosticados de EC en comparación con CU, aunque dicho estudio no obtuvo diferencias significativamente estadísticas entre estos dos diagnósticos, ya que el objetivo se dirigió a analizar las diferencias regionales entre Europa del Este y del Oeste y entre la calidad de vida al diagnóstico y tras un año de tratamiento. Jaghult et al. (2011) observan un nivel mayor de calidad de vida en pacientes con CU que con EC, si bien dichas diferencias no fueron significativas y la muestra estaba compuesta por pacientes con una EII de duración menor a 2 años. Tampoco fueron significativos los resultados de Andrzejewska et al. (2009) cuando en su estudio compararon la calidad de vida en pacientes con EC y CU, siendo el 28.2% de la muestra diagnosticados en un tiempo menor a dos años en el momento de la valoración. Casellas et al. (2003), en sus resultados obtuvieron que el grupo de sujetos con EC en el momento del debut de la enfermedad tenían un nivel de calidad de vida general similar en comparación con los sujetos con CU.

En estudios en los que el tiempo de diagnóstico no es una variable a estudiar, los resultados que aparecen son dispares entre sí. Mientras que algunos de estudios señalan una significativa diferencia en calidad de vida entre CU y EC, siendo esta última la más afectada (Haapamaki et al., 2010; Haapamaki et al., 2013; Larsson et al., 2008; López et al., 2016), otros no han mostrado diferencias significativas entre estas dos enfermedades a pesar de haber obtenido los sujetos con EC peores puntuaciones en calidad de vida en comparación con los sujetos con CU (Almadani et al., 2014; Graff et al., 2006; Huaman et al., 2010; Magalhaes et al., 2014). En los estudios de Caplan et al. (2014), y Ganguli et al. (2007), las puntuaciones obtenidas muestran una mayor calidad de vida en el grupo de sujetos con EC, si

bien ninguno de estos dos estudios muestra diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Al comparar nuestra hipótesis con la literatura científica consultada y la escasez de información contrastable empíricamente, se observa la necesidad de realizar un mayor número de estudios con una mayor muestra poblacional que permitan la obtención de resultados más estables y con una evidencia más sólida.

En cuanto a las dimensiones de calidad de vida, los resultados indicaron, por una parte, afectación tanto en EC como en CU en las 4 dimensiones, y por otra, diferencias significativas en las esferas emocional, sistémica y social, mostrando una mayor afectación de los sujetos con EC en comparación con los sujetos con CU, por lo que se cumple nuestra hipótesis 2 mientras que la hipótesis 3 se cumple en 3 de las 4 dimensiones estudiadas. Sin embargo, los resultados obtenidos no concuerdan con previos estudios, observando en Huamán et al. (2010) que no existen diferencias significativas entre EC y CU en las dimensiones de calidad de vida, y en Haapamaki et al. (2009), y Haapamaki et al. (2010), diferencias estadísticamente significativas únicamente en las dimensiones social y digestiva. La diferencia de resultados entre nuestro estudio y los descritos podría deberse a la particularidad de nuestra muestra la cual ha sido diagnosticada recientemente (menor a 6 meses) mientras en los otros, los participantes no son recién diagnosticados. A la luz de estos datos, podríamos señalar la utilidad de estudios futuros que analicen cambios en la afectación de las dimensiones de forma longitudinal desde el momento del diagnóstico.

En la misma línea que la literatura previa, se ha podido apreciar en nuestro estudio que la dimensión más afectada en ambos grupos de EII es la dimensión sistémica, caracterizada con síntomas como fatiga, alteración del sueño, pérdida de peso y malestar general (Burisch et al., 2014; Casellas et al., 2003; Iglesias-Rey et al., 2012; López et al.,

2016; Magalhaes et al., 2014). Tras la dimensión sistémica como la más afectada en ambos grupos, aparecen por orden de afectación la emocional, la digestiva y la social. Estos últimos resultados difieren de los resultados obtenidos en los estudios de Burisch et al. (2014), Cohen et al. (2014), Huamán et al. (2010), y López et al (2016), cuyos resultados concuerdan en que la dimensión más afectada tras la sistémica es la dimensión social. En el estudio llevado a cabo por Cohen et al. (2014), en el que la muestra estaba compuesta por pacientes en debut de EII, se observa una correlación significativa entre una mayor afectación de síntomas sistémicos como la fatiga y una peor calidad de vida general, lo que apoyaría la relevancia de dicho síntoma como el mayor afectado en nuestro estudio y los demás citados. Es remarcable que en los estudios descritos la dimensión digestiva muestra una menor afectación que la sistémica, la emocional o la social. Así, se observa una desvinculación entre la actividad de la enfermedad y una peor calidad de vida, mostrando mayor importancia otras esferas que difieren de los síntomas digestivos propios de la enfermedad. Una posible explicación a estos datos podría ser el peso de las consecuencias que la enfermedad tiene en la vida cotidiana de la persona, teniendo en cuenta tanto los síntomas sistémicos comentados (fatiga, baja de peso, insomnio) como los síntomas psicológicos y sociales propios del cambio en el estilo de vida y en el autoconcepto del sujeto recién diagnosticado de una EII.

Burisch et al. (2014), en su estudio de incidencia de la EII en Europa, destaca haber observado una mayor atención médica y de información con respecto a los síntomas digestivos en comparación con otras dimensiones como la emocional, social y síntomas relacionados con la enfermedad. En la misma línea, si tomamos en consideración lo encontrado en nuestro estudio y en otras investigaciones similares, se podría afirmar la equiparable relevancia del papel de la información y apoyo tanto médico como psicológico en la EII.

Los resultados mostrados en nuestro estudio y a lo largo de la literatura presentan una situación compleja para las personas recién diagnosticadas de una EII, caracterizada por una mayor vulnerabilidad psicológica y estrés debido a la aparición de esta enfermedad crónica.

En base a las nuevas preocupaciones y necesidades que aparecen tras el diagnóstico de la EII, se observa como prioridad una atención integral de estos pacientes. Bernstein et al. (2011) muestran en su estudio el impacto de un mayor conocimiento de la enfermedad en el nivel de calidad de vida de los pacientes recién diagnosticados de una EII. Lores et al. (2019) en su estudio observaron que los pacientes con una EII que aceptaron intervención psicológica mejoraron sus niveles de ansiedad, depresión, estrés y calidad de vida. En la misma línea, la Organización Europea de Colitis y Crohn (ECCO) elaboró un documento sobre las necesidades de los pacientes con EII en relación a la calidad de la atención recibida, mostrando que los dos factores más significativos y de mayor impacto en la mejora de la calidad de vida y de la relación entre médico y paciente son la educación adecuada de la enfermedad y el tratamiento de la ansiedad y depresión conjuntamente (López-Sanroman et al., 2017). Se observa entonces un apoyo desde la literatura científica en trabajar con la EII desde un enfoque sistémico, teniendo en cuenta las comorbilidades que acompañan a este diagnóstico.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, encontramos un tamaño muestral reducido al separar en dos tipos de enfermedad la muestra total utilizada. Otra limitación destacable es la limitación geográfica, pues a pesar de ser un estudio multicéntrico, la muestra pertenece únicamente a la Comunidad Valenciana. Así mismo, la paralización del estudio debido al estado de excepción por la COVID-19 también se considera una limitación de nuestro estudio.

La fortaleza del estudio radica en ser unos de los pocos que analizan el impacto en la calidad de vida y la diferencia de este impacto entre la EC y CU en un tiempo igual o inferior a 6 meses desde el momento del diagnóstico. Algunos estudios señalados, como el de Andrzejewska et al. (2009), Engel et al. (2021) y Jaghult et al. (2011) destacan haber utilizado una muestra o parte de ella con un reciente diagnóstico de EII, si bien dicha muestra había participado en estos estudios con períodos de tiempo desde el diagnóstico de entre 2 y 5 años.

De nuestro estudio podemos concluir que existe una diferencia significativa de la afectación en la calidad de vida de las personas que han sido diagnosticadas recientemente de EC en comparación con aquellas que han sido diagnosticadas de CU, y que dicha afectación se debe efectivamente a esta enfermedad y no al azar. La importancia de esta significación radica en la obtención de un mayor conocimiento sobre las repercusiones que la EC tiene más allá de su diagnóstico clínico. Por ello, se considera pertinente como línea futura valorar e instaurar otras formas de intervención en los servicios de salud digestiva que prioricen la evaluación de las diferentes necesidades de estos pacientes, para así detectar e intervenir desde el momento del diagnóstico clínico, atendiendo la repercusión psicológica que conlleva y proporcionando habilidades y estrategias que permitan al paciente con EC un mejor manejo de la enfermedad y una mayor calidad de vida en este primer período de tiempo tan relevante a nivel psicológico, social y emocional.

Este estudio observacional muestra el impacto en la calidad de vida del reciente diagnóstico en EC y CU. Así, se observa su utilidad de cara a la creación de futuras líneas de estudio en las que se pueda realizar un seguimiento de la enfermedad y comparar las modificaciones del nivel de calidad de vida y de sus diferentes dimensiones entre estas dos EII.

Referencias

- Almadani, S. B., Adler, J., Browning, J., Green, E. H., Helvie, K., Rizk, R. S., y Zimmermann, E. M. (2014). Effects of inflammatory bowel disease on students' adjustment to college. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 12(12), 2055-2062. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2014.03.032>
- Ananthakrishnan, A. N., Khalili, H., Pan, A., Higuchi, L. M., De Silva, P., Richter, J. M., Fuchs, C. S., y Chan, A. T. (2013). Association Between Depressive Symptoms and Incidence of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Results From the Nurses' Health Study. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.08.032>
- Andrzejewska, J., Talarska, D., Michalak, M., y Linke, K. (2009). Quality of life in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. Comparative analyses. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 4(5), 251,255.
- Barreiro-de Acosta, M. (2016). Colitis Ulcerosa. *Medicine*, 12(5), 227-241. <https://doi.org/10.1016/j.med.2016.02.019>
- Becker, H. M., Grigat, D., Ghosh, S., Kaplan, G. G., Dieleman, L., Wine, E., Fedorak, R. N., Fernandes, A., Panaccione, R., y Barkema, H. W. (2015). Living with inflammatory bowel disease: A Crohn's and Colitis Canada survey. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 29(2), 77- 84. <https://doi.org/10.1155/2015/815820>
- Benedini, V., Caporaso, N., Corazza, G. R., Rossi, Z., Fornaciari, G., Cottone, M., Frosini, G., Caruggi, M., Ottolini, C., y Colombo, C. L. (2012). Burden of Crohn's disease: economics and quality of life aspects in Italy. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 2012(4), 209-218. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S31114>

- Bernabeu, P. (2017). *Eficacia de un programa de intervención psicológica multicompetente grupal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal* [Tesis de Doctorado, Universidad Miguel Hernández de Elche]. Repositorio Digital de la Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Bernstein, C. N., Hitchon, C. A., Walld, R., Bolton, J. M., Sareen, J., Walker, J. R., Graff, L. A., Patten, S. B., Singer, A., Lix, L. M., El-Gabalawy, R., Katz, A., Fisk, J. D., Marrie, R. A. (2019). Increased Burden of Psychiatric Disorders in Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25(2), 360-368.
<https://doi.org/10.1093/ibd/izy235>
- Burisch, J., Weimers, P., Pedersen, N., Cukovic-Cavka, S., Vucelic, B., Kaimakliotis, I., Duricova, D., Bortlik, M., Shonová, O., Vind, I., Avnstrom, S., Thorsgaard, N., Krabbe, S., Andersen, V., Dahlerup, J. S., Kjeldsen, J., Salupere, R., Olsen, J., Nielsen, K. R., ... Munkholm, P. (2014). Health-related quality of life improves during one year of medical and surgical treatment in a European population-based inception cohort of patients with Inflammatory Bowel Disease – An ECCO-EpiCom study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(9), 1030-1042.
<https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.01.028>
- Caplan, R. A., Maunder, R. G., Stempak, J. M., Silverberg, M. S., y Hart, T. L. (2014). Attachment, childhood abuse, and IBD-related quality of life and disease activity outcomes. *Inflammatory Bowel Diseases*, 20(5), 909-915.
<https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000015>
- Casellas, F., López, J., y Malagelada, J. R. (2003). Experiencia previa y calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal durante los brotes de actividad. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 95(7), 471-475.

- Chaparro, M., Garre, A., Núñez, A., Diz-Lois, M. T., Rodríguez, C., Riestra, S., Vela, M., Benítez, J. M., Fernández, E., Sánchez, E., Hernández, V., Ferreiro Iglesias, R., Ponferrada, A., Barrio, J., Huguet, J. M., Sicilia, B., Martín-Arranz, M. D., Calvet, X., Ginard, D., ... Gisbert, J. P. (2021). Incidence, Clinical Characteristics and Management of Inflammatory Bowel Disease in Spain: Large-Scale Epidemiological Study. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(13), 2885. <https://doi.org/10.3390/jcm10132885>
- Cohen, B. L., Zoega, H., Shah, S. A., Leleiko, N., Lidofsky, S., Bright, R., Flowers, N., Law, M., Moniz, H., Merrick, M., y Sans, B. E. (2014). Fatigue is highly associated with poor related-quality of life, disability and depression in newly-diagnosed patients with inflammatory bowel disease, independent of disease activity. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *39*(8), 881-822. <https://doi.org/10.1111/apt.12659>
- Coward, S., Clement, F., Benchimol, E. I., Bernstein, C. N., Avina-Zubieta, J. A., Bitton, A., Carroll, M. W., Hazlewood, G., Jacobson, K., Jelinski, S., Deardon, R., Jones, J. L., Kuenzig, M. E., Leddin, D., McBrien, K. A., Murthy, S. K., Nguyen, G. C., Otley, A. R., Panaccione, R., ... Kaplan, G. G. (2019). Past and Future Burden of Inflammatory Bowel Diseases Based on Modeling of Population -Based Data. *Gastroenterology*, *156*(5), 1345-1353. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.01.002>
- Eldridge, F., y Raine, T. (2021). Understanding and Addressing the Psychological Burden of IBD. *Journal of Crohn's and Colitis*, *16*(2), 177-178. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab130>
- Engel, K., Homsí, M., Suzuki, R., Helvie, K., Adler, J., Plonka, C., y Zimmermann, E. (2021). Newly Diagnosed Patients with Inflammatory Bowel Disease: The Relationship Between Perceived Psychological Support, Health-Related Quality of

Life, and Disease Activity. *Health Equity*, 5(1), 42-48.

<https://doi.org/10.1089/heq.2020.0053>

Gajendran, M., Loganathan, P., Jiménez, G., Catinella, A. P., Ng, N., Umapathy, G., Ziade, N., y Hashash, J. G. (2019). A comprehensive review and update on ulcerative colitis. *Disease-a-Month*, 65(12), 1-37. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2019.02.004>

Ganguli, S. C., Kamath, M. V., Redmond, K., Chen, Y., Irvine, E. J., Collins, S. M., y Tougas, J. (2007). A comparison of autonomic function in patients with inflammatory bowel disease and in healthy controls. *Neurogastroenterology & Motility*, 19(12), 961-967. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2007.00987.x>

Gompertz, M., y Sedano, R. (2019). Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(4), 273-282.

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.06.002>

Graff, L. A., Walker, J. R., Lix, L., Clara, A., Rawsthorne, P., Rogala, L., Miller, N., Jakul, L., McPhail, C., Ediger, J., y Bernstein, C. N. (2006). The Relationship of Inflammatory Bowel Disease Type and Activity to Psychological Functioning and Quality of Life. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4(12), 1491-1501.

<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2006.09.027>

Guyatt, G., Mitchell, A., Irvine, E. J., Singer, J., Williams, N., Goodacre, R., y Tompkins, P. (1989). A new measure of health status for clinical trial in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 96(3), 804-810.

Haapamaki, J., Roine, R. P., Sintonen, H., Turunen, U., Farkkila, M. A., y Arkkila, P. E. T. (2010). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease measured with the generic 15D instrument. *Quality of Life Research*, 19(6), 919-928.

<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9650-4>

Haapamaki, J., Turunen, U., Roine, R. P., Farkkila, M. A., y Arkkila, P. E. T. (2009). Impact of demographic factors, medication and symptoms on disease-specific quality of life in inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 18(8), 961-969.

<https://doi.org/10.1007/s11136-009-9514-y>

Huamán, J. W., Casellas, F., Borrueal, N., Peláez, A., Torrejón, A., Castells, I., Masachs, M., Varela, E., y Guarner, F. (2010). Cutoff values of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire to predict a normal health related quality of life. *Journal of Crohn's and Colitis*, 4(6), 637-641. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2010.07.006>

Iglesias, M., Barreiro-De Acosta, M., Caamaño-Isorna, F., Vázquez, I., González, A. L., Bello-Paderne, X., y Domínguez-Muñoz, J. E. (2012). Influence of alexithymia on health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Are there any related factors?. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 47(4), 445-453.

<https://doi.org/10.3109/00365521.2012.654403>

Jaghult, S., Saboonchi, F., Johansson, U., Wredling, R., y Kapraali, M. (2011). Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: Comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1578-1587.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03614.x>

Knowles, S. R., Graff, L. A., Wilding, H., Hewitt, C., Keefer, L., y Mikocka-Walus, A. (2018). Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses—Part I. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(4), 742-751.

[doi:10.1093/ibd/izx100](https://doi.org/10.1093/ibd/izx100)

Larsson, K., Loof, L., Ronnblom, A., y Nordin, K. (2008). Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity.

Journal of Psychosomatic Research, 64(2), 139-148.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.007>

Lix, L. M., Graff, L. A., Walker, J. R., Clara, I., Rawsthorne, P., Rogala, L., Miller, N., Ediger, J., Pretorius, T., y Bernstein, C. N. (2008). Longitudinal study of quality of life and psychological functioning for active, fluctuating, and inactive disease patterns in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 14(11), 1575-1584.

<https://doi.org/10.1002/ibd.20511>

Lledó, A., Fernández-Díez, E., Pastor, M. A., López-Roig, S., Ibáñez, J., y Sorinas, J. (2016).

Disfunción del sistema autonómico y estado de salud en la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 119-128.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499>

López, R., Marín, B., Hueso, C., Escalada, P., Sanz, A. C., y Rodríguez, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 39(1), 123-131. [http:](http://dx.doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100014)

[//dx.doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100014](http://dx.doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100014)

López-Sanromán, A., Carpio, D., Calvet, X., Romero, C., Cea-Calvo, L., Juliá, B., y

Arguelles-Arias, F. (2017). Perceived Emotional and Psychological Impact of Ulcerative Colitis on Outpatients in Spain: UC-LIFE Survey. *Digestive Diseases and Sciences*, 62(1), 207-216. <https://doi.org/10.1007/s10620-016-4363-3>

Lores, T., Goess, C., Mikocka-Walus, A., Collins, K. L., Burke, A. L. J., Chur-Hansen, A.,

Delfabbro, P., Andrews, J. M. (2019). Integrated Psychological Care is Needed, Welcomed and Effective in Ambulatory Bowel Disease Management: Evaluation of a New Initiative. *Journal of Crohn's and Colitis*, 13(7), 819-827.

<https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz026>

- Ludvigsson, J. F., Olén, O., Larsson, H., Halfvarson, J., Almqvist, C., Lichtenstein, P., y Butwicka, A. (2021). Association Between Inflammatory Bowel Disease and Psychiatric Morbidity and Suicide: A Swedish Nationwide Population-Based Cohort Study With Sibling Comparisons. *Journal of Crohn's and Colitis*, 15(11), 1824-1836. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab039>
- Magalhaes, J., Castro, F. D., Carvalho, P. B., Leite, S., Moreira, M. J., y Cotter, J. (2014). Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychological factors. *Arquivos de Gastroenterologia*, 51(3), 192-197.
- Masachs, M., Casellas, F., y Malagelada, J. R. (2007). Spanish translation, adaptation, and validation of the 32-item questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease (IBDQ-32). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 99(9), 511-519.
- McCombie, A. M., Mulder, R. T., y Geary, R. B. (2015). Coping Strategies and Psychological Outcomes of Patients with Inflammatory Bowel Disease in the First 6 Months After Diagnosis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(10), 2272-2280. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000476>
- Mnif, L., Mzid, A., Amouri, A., Chtourou, L., y Tahri, N. (2010). Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Tunisian study. *La Tunisie Medicale*, 88(12), 933-936.
- Molodecky, N. A., Soon, I. S., Rabi, D. M., Ghali, W. A., Ferris, M., Chernoff, G., Benchimol, E. I., Panaccione, R., Ghosh, S., Barkema, H. W., y Kaplan, G. G. (2012). Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*, 142(1), 46-54. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.10.001>

- Moradkhani, A., Beckman, L. J., y Tabibian, J. H. (2013). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: psychological, clinical, socioeconomic, and demographic predictors. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(6), 467-473.
<https://doi.org/10.1016/j.crohns.2012.07.012>
- Mrabet, S., Ksiasa, M., Elleuch, N., Jaziri, H., Mansour, I. B., Braham, A., Ajmi, S., Slama, A. B., y Jmaa, A. (2017). Quality of life in inflammatory bowel disease in Tunisian patients. *La Tunisie Medicale*, 95(12), 229-235.
- Ng, S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I., Panaccione, R., Ghosh, S., Wu, J. C. Y., Chan, F. K. L., Sung, J. J. Y., y Kaplan, G. G. (2017). Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*, 390(10114), 2769-2778. [doi:10.1016/s0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32448-0)
- Purcell, C. (2013). Commentary on Jaghult, S., Saboonchi, F., Johansson, U., Wredling, R., and Kapraali, M. (2011) Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: Comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2662-2663. <https://doi.org/10.1111/jocn.12103>
- Redondo, J. (2016). Enfermedad inflamatoria intestinal. Los principales problemas de salud. *AMF*, 12(8), 436-444.
- Restall, G. J., Simms, A. M., Walker, J. R., Graff, L. A., Sexton, K. A., Rogala, L., Miller, N., Haviva, C., Targownik, L. E., y Bernstein, C. N. (2016). Understanding Work Experiences of People with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22(7), 1688-1697. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000826>

- Sajadinejad, M. S., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M., y Adibi, P. (2012). Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2012/106502>
- Simrén, M., Axelsson, J., Gillberg, R., Abrahamsson, H., Svedlund, J., y Bjornsson, E. S. (2002). Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBD-like symptoms and associated psychological factors. *The American Journal of Gastroenterology*, 97 (2), 389-396. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05475.x>
- Tabibian, A., Tabibian, J. H., Beckman, L. J., Raffals, L. L., Papadakis, K. A., y Kane, S. V. (2015). Predictors of Health-Related Quality of Life and Adherence in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Implications for Clinical Management. *Digestive Diseases and Sciences*, 60(5), 1366-1374. <https://doi.org/10.1007/s10620-014-3471-1>
- Torre dos Santos, L. M., y Ribeiro, I. M. (2019). Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(23), 89-98. <https://doi.org/10.12707/RIV19048>
- Van Assche, G., Dignass, A., Panes, J., Beaugeria, L., Karagiannis, J., Allez, M., Ochsenkuhn, T., Orchard, T., Rogler, G., Louis, E., Kupcinkas, L., Mantzaris, G., Travis, S., Stange, E., y European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) (2010). The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 4(1), 7-27. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2009.12.003>
- Vavricka, S. R., Spigaglia, S. M., Rogler, G., Pittet, V., Michetti, P., Felley, C., Mottet, C., Braegger, C. P., Rogler, D., Straumann, A., Bauerfeind, P., Fried, M., y Schoepfer, A. M. (2012). Systematic evaluation of risk factors for diagnostic delay in inflammatory

bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 18(3), 496-505.

<https://doi.org/10.1002/ibd.21719>

Veitia, G., Pernaletе, B., La Cruz, M., Aldana, G., Cachima, L., Istúrez, R., Corredor, L., y Esquerre, I. (2012). Percepción de Calidad de Vida Determinada por Cuestionario IBDQ-32, en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, 66(3), 155-159.

Vidal, A., Gómez-Gil, E., Sans, M., Portella, M. J., Salamero, M., Piqué, J. M., y Panés, J. (2007). Psychometric properties of the original Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, a Spanish version. *Gastroenterología y Hepatología*, 30(4), 212-218.

<https://doi.org/10.1157/13100587>



(Ref. CEI PI2018/047)

INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION

Reunidos los miembros del Comité Ético de Investigación del Hospital General Universitario de Alicante, en su sesión del día 2 de Mayo de 2018, y una vez estudiada la documentación presentada por la **Dra. Laura Sempere Robles**, del Servicio de Digestivo del Hospital General Universitario de Alicante, tiene bien a informar que el proyecto de investigación titulado **"Interacción Sexo-Género en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Cuáles son las conexiones y por qué importan"**, se ajusta a las normas deontológicas establecidas para tales casos.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Alicante con fecha 17 de mayo de 2018.



Fdo. Dr. Luis Hernández Blasco
Titular Secretaría Técnica del CEIm

INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 16 de noviembre del 2021

Nombre del tutor/a	Carlos Javier van-der Hofstadt Román
Nombre del alumno/a	Paula Cabezos Sirvent
Tipo de actividad	Adherido a proyecto
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Impacto de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la calidad de vida de pacientes recién diagnosticados.
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	211116142518
Código de Investigación Responsable	TFM.MPG.CJVHR.PCS.211116
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Impacto de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la calidad de vida de pacientes recién diagnosticados**, ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.



La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>

