



ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la calidad de vida, la ansiedad y la depresión: un estudio multicéntrico en Lima - Perú

Impact of inflammatory bowel disease on quality of life, anxiety, and depression: a multicenter study in Lima, Peru

Juan Eloy Paredes-Méndez^{1,2} , Hugo Guillermo Cedrón-Cheng³ , Claudia Azañedo² ,
Rossana Andrea Franco-Vásquez⁴ , Ana Lucía Mestanza-Rivasplata² , Sonia Irene Junes Pérez² ,
Henry Vargas Marcacuzco²

¹ Clínica Internacional, Lima, Perú.

² Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú.

³ Clínica Anglo Americana, Lima, Perú.

⁴ Hospital Nacional María Auxiliadora, Lima, Perú.

Recibido: 18/11/2025

Arbitrado por pares

Aprobado: 27/02/2026

En línea: 27/03/2026

Contribución de los autores

JPM, HCC participaron en todas las fases del manuscrito. CA, RFV, AMR, SJ y HVM recolección de datos, análisis estadístico y elaboraron el manuscrito inicial. Todos los autores aprobaron la versión final.

Conflicto de intereses

JPM declaró haber sido speaker de laboratorios Janssen, Abbvie, Takeda, Pfizer, Biotoscana y Celltrion. HCC declaró haber sido speaker de laboratorios Janssen, Adium y Biopass. SJ, HVM, AMR, RFV declararon que no tiene conflictos de interés. Los editores involucrados en el artículo no participaron del proceso editorial de la revista.

Financiamiento

Ninguno.

Citar como

Paredes-Méndez JE, Cedrón-Cheng HG, Azañedo C, Franco-Vásquez RA, Mestanza-Rivasplata AL, Junes Pérez SI, et al. Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la calidad de vida, la ansiedad y la depresión: un estudio multicéntrico en Lima - Perú. Rev Gastroenterol Peru. 2026;46(1):7-13. doi: 10.47892/rgp.2026.461.2125.

Correspondencia:

Juan Paredes Méndez
Clínica Internacional
E-mail: dr.juanp@hotmail.com

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad crónica caracterizada por periodos de actividad y remisión, con una evolución incierta e impredecible, que afecta principalmente a la población económicamente activa, y puede comprometer el bienestar físico, psicológico, social y laboral. **Objetivo:** El objetivo del presente estudio fue describir la calidad de vida relacionada con la salud y la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con EII.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal entre abril y diciembre del 2023. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años con diagnóstico confirmado de EII, con al menos seis meses de evolución y tratamiento farmacológico regular. Se aplicaron los cuestionarios Inflammatory Bowel Disease Questionnaire de 32 ítems (IBDQ-32), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). **Resultados:** La mayoría de los pacientes (70%) presentó una alta calidad de vida, sin diferencias significativas entre colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Sin embargo, se observó una disminución significativa de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad activa. El 62,2% de los pacientes presentó algún grado de depresión y el 58,1% ansiedad, siendo ambos trastornos más frecuentes en menores de 30 años. **Conclusiones:** Aunque la mayoría de los pacientes con EII mantienen una buena calidad de vida, más de la mitad presenta síntomas de ansiedad o depresión, incluso en remisión clínica. Estos hallazgos resaltan la importancia de integrar la evaluación y el manejo de la salud mental como parte esencial del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, en concordancia con las recomendaciones del STRIDE II.

Palabras clave: Enfermedades Inflamatorias del Intestino; Calidad de Vida; Ansiedad; Depresión (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic condition characterized by periods of activity and remission, with an uncertain and unpredictable course. It mainly affects the economically active population and may compromise physical, psychological, social, and occupational well-being. **Objective:** The aim of this study was to describe health-related quality of life and the presence of anxiety and depression in patients with IBD. **Materials and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted between April and December 2023. Patients older than 16 years with a confirmed diagnosis of IBD, at least six months of disease duration, and regular pharmacological treatment were included. The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire-32 (IBDQ-32), the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) were administered. **Results:** Most patients (70%) reported a high quality of life, with no significant differences between ulcerative colitis and Crohn's disease. However, a significant reduction in health-related quality of life was observed in patients with active disease. Symptoms of depression were identified in 62.2% of patients, and anxiety in 58.1%, with both conditions being more frequent in patients younger than 30 years. **Conclusions:** Although most patients with IBD maintain a good quality of life, more than half experience symptoms of anxiety or depression, even during clinical remission. These findings highlight the importance of integrating mental health assessment and management as an essential component of comprehensive IBD care, in accordance with STRIDE II recommendations.

Keywords: Inflammatory Bowel Diseases; Quality of Life; Anxiety; Depression (source: MeSH NLM).



INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica de etiología multifactorial, en la que interactúan factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Se caracteriza por una evolución impredecible, con periodos de actividad y remisión, y afecta principalmente a personas en edad económicamente activa, lo que genera un impacto significativo más allá del ámbito estrictamente clínico ⁽¹⁾.

Además del compromiso físico, la EII conlleva una importante carga psicológica y social. Los pacientes enfrentan de manera constante síntomas digestivos, fatiga, limitaciones en la vida social y laboral, así como preocupaciones relacionadas con la progresión de la enfermedad, el riesgo de cirugía o de cáncer colorrectal ⁽²⁾. Estas circunstancias pueden traducirse en un deterioro relevante de la calidad de vida y en un mayor riesgo de trastornos de salud mental.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que evalúa el impacto físico, emocional, mental y social que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre el paciente ⁽³⁾. En pacientes con EII, la CVRS se ha consolidado como un desenlace clínico relevante, complementario a los parámetros tradicionales de actividad inflamatoria. El cuestionario Inflammatory Bowel Disease Questionnaire en su versión de 32 ítems (IBDQ-32) es uno de los instrumentos más utilizados y validados para esta evaluación.

Por otro lado, la ansiedad y la depresión representan las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en pacientes con EII, y se asocian a peor adherencia al tratamiento, mayor actividad de la enfermedad y peores resultados a largo plazo ⁽⁴⁻⁶⁾. En este contexto, las estrategias terapéuticas actuales, como las propuestas por STRIDE II, reconocen la importancia de incorporar objetivos centrados en el bienestar integral del paciente.

Si bien en los últimos años se ha incrementado el interés por el estudio de la EII en Latinoamérica, la información sobre la relación entre calidad de vida, ansiedad y depresión sigue siendo limitada, especialmente a nivel nacional. En Latinoamérica, y particularmente en el Perú, existen escasos estudios multicéntricos que evalúen simultáneamente CVRS, ansiedad y depresión en pacientes con EII.

El objetivo del presente estudio fue describir la calidad de vida relacionada con la salud y la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con EII atendidos en distintos centros de salud públicos y privados de Lima, Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que involucró cinco centros hospitalarios de la ciudad de Lima - Perú, entre abril y diciembre del 2023.

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerativa (CU) que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Edad mayor a 16 años, diagnóstico confirmado de EII con al menos seis meses de evolución previos al ingreso al estudio y con tratamiento farmacológico regular. Todos los pacientes que ingresaron al estudio firmaron un consentimiento informado de participación. Se excluyeron pacientes con trastornos psiquiátricos diagnosticados previamente, deterioro cognitivo o incapacidad para completar los cuestionarios.

Se registraron variables sociodemográficas y clínicas, que incluían: edad, sexo, grado de instrucción, situación laboral, estado civil, tipo de EII, parámetros de laboratorio (hemoglobina, calprotectina fecal y/o proteína C reactiva), puntaje de actividad de la enfermedad, comportamiento y extensión de la EII, tiempo de enfermedad, tratamiento médico y/o quirúrgico recibido, hábito tabáquico, presencia de comorbilidades, y tipo de seguro médico.

Todos los participantes ingresados completaron tres cuestionarios de evaluación, el IBDQ-32, el PHQ-9 y el GAD-7. Para garantizar una recolección de datos sistemática, se diseñó una base de datos en Microsoft Excel, la cual fue utilizada de manera uniforme por todos los miembros del equipo investigador.

Para la medición de la calidad de vida, se utilizó el cuestionario Inflammatory Bowel Disease Questionnaire de 32 ítems (IBDQ-32) en su versión adaptada y validada al español. El IBDQ-32 agrupa la información en cuatro dimensiones: síntomas intestinales, síntomas sistémicos, función emocional y función social. Cada ítem se evalúa mediante una escala de Likert de 7 puntos, donde los valores más altos reflejan una mejor calidad de vida. El puntaje total del IBDQ-32 oscila entre 32 y 224 puntos. Una puntuación entre 32 y 95 puntos, se consideró una baja calidad de vida, entre 96 y 159 puntos, una calidad de vida moderada; y entre 160 y 224 puntos, una alta calidad de vida.

Para la medición de los síntomas depresivos, se utilizó el cuestionario Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), un instrumento de autoinforme compuesto por nueve ítems que evalúa la frecuencia de los síntomas experimentados durante las dos semanas previas a la entrevista. Se empleó la versión adaptada y validada al español. Cada ítem se califica mediante una escala tipo Likert con puntuaciones de 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que el puntaje total varía de 0 a 27 puntos. Una puntuación entre 0 y 4 puntos se consideró indicativa de síntomas depresivos mínimos; entre 5 y 9 puntos, de síntomas leves; entre 10 y 14 puntos, de síntomas moderados; entre 15 y 19 puntos, de síntomas moderados a graves; y entre 20 y 27 puntos, de síntomas graves.

Para la medición de la presencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada se utilizó el cuestionario Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), un instrumento autoaplicable compuesto por siete ítems que evalúa la

frecuencia de los síntomas experimentados durante las dos semanas previas a la entrevista. Cada ítem se califica mediante una escala tipo Likert de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (casi todos los días), por lo que la puntuación total varía de 0 a 21. Una puntuación entre 0 y 4 puntos se consideró indicativa de ansiedad mínima o ausente; entre 5 y 9 puntos, de ansiedad leve; entre 10 y 14 puntos, de ansiedad moderada; y entre 15 y 21 puntos, de ansiedad severa.

Se aplicaron medidas de estadística descriptiva para la evaluación de los datos obtenidos. Para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). La distribución de los datos fue evaluada mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central como la media y desviación estándar si los datos tenían distribución normal de lo contrario se estimaron la mediana y rango intercuartílico (RIQ). Se realizó un análisis de asociación entre las características sociodemográficas y clínicas, y los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados. Para ello se empleó la prueba de chi cuadrado (χ^2). Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0, y las tablas y figuras fueron elaboradas con Microsoft Excel 2016. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado a su respectivo médico tratante. Durante la aplicación de los instrumentos, se les explicó detalladamente en qué consistía la investigación y se garantizó la confidencialidad de la información recolectada. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de cada una de las instituciones participantes.

RESULTADOS

Se incluyeron 127 pacientes con EI que cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. Del total, 57 (45%) presentaban EC y 70 (55%) CU. Se observó un predominio del sexo masculino (58%).

Entre los pacientes con EC, el fenotipo inflamatorio fue el más frecuente (70%), con localización ileal en 35% de los casos. En los pacientes con CU, predominó la colitis extensa (53%). La mediana de calprotectina fecal fue de 84 (RIQ 58–258) en EC y 72,5 (RIQ 44,7–97,5) en CU. Respecto a la actividad de la enfermedad, el 66% (38 pacientes) con EC y el 62% (44 pacientes) con CU se encontraban en remisión (Tabla 1).

En la evaluación de la calidad de vida mediante el IBDQ-32, la mayoría de los pacientes presentó una calidad de vida alta, tanto en el grupo con EC ($171,7 \pm 36,18$) como en el de CU ($177,9 \pm 27,62$). En conjunto, el 1,6% de los pacientes mostró baja calidad de vida, el 28,3% moderada, y el 70,1% alta calidad de vida (Figura 1). De forma específica, en EC

Tabla 1. Características clínicas de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

	EC N:57	CU N:70
Género		
Femenino	25 (44%)	29 (41%)
Masculino	32 (56%)	41 (59%)
Edad $\bar{x}/DE$	45,29 $\pm$ 17,18	42,6 $\pm$ 14,38
Tiempo de enfermedad (meses) $\bar{x}/DE$	53,68 $\pm$ 37,37	65,19 $\pm$ 47,57
Hábito tabáquico		
Si	2 (4%)	0
No	55 (96%)	70 (100%)
HB $\bar{x}/DE$	13,29 $\pm$ 1,72	13,55 $\pm$ 1,34
PCR mediana (RIQ)	3,2 (1,6-8,9)	2,9 (0,7-4,1)
Calprotectina fecal	84 (58-258)	72,5 (44,7-97,5)
Enfermedad de Crohn		
Localización al diagnóstico		
L1: Íleon terminal	20 (35%)	
L2: Colon	17 (30%)	
L3: Ileocolónica	12 (21%)	
L4: Gastrointestinal superior	8 (14%)	
Fenotipo de la enfermedad		
B1: Inflamatorio	40 (70%)	
B2: Estenosante	13 (23%)	
B3: Fistulizante	4 (7%)	
Perianal	0	
Colitis Ulcerativa		
Localización al diagnóstico		
E1: Proctitis		6 (8%)
E2: Colitis izquierda		27 (39%)
E3: Colitis extensa		37 (53%)
Severidad		
CDAI, mediana (RIQ)	136 (106,5-202,5)	N/A
Índice de Mayo, mediana (RIQ)	N/A	2 (4-1)
Scores		
IBDQ-32 (puntaje) $\bar{x}/DE$	171,7 $\pm$ 36,18	177,9 $\pm$ 27,62
PHQ-9 (puntaje) $\bar{x}/DE$	6,12 $\pm$ 4,96	6,24 $\pm$ 4,03
GAD-7 (puntaje) $\bar{x}/DE$	5,94 $\pm$ 3,87	6,57 $\pm$ 4,32
Área de residencia		
Urbana	57	70
Rural	0	0

$\bar{x}$: media, DE: desviación estándar, RIQ: rango intercuartil



Figura 1. Niveles de calidad de vida según el cuestionario IBDQ-32 en nuestra cohorte de pacientes con EI.

el 3,5% presentó baja calidad de vida, el 28% moderada y el 68,5% alta; mientras que en CU no se registraron casos con baja calidad de vida, el 28,6% mostró moderada y el 71,4% alta. No se encontraron diferencias significativas según género, edad, tipo de EII, tiempo de enfermedad o tipo de terapia; sin embargo, sí se observaron diferencias en relación con la actividad de la enfermedad, tanto en EC como en CU (Tabla 2).

La puntuación media del PHQ-9 fue de $6,12 \pm 4,96$ para los pacientes con EC y de $6,24 \pm 4,03$ para los de CU, lo que indica la presencia de depresión leve en ambos grupos (Figura 2). En el grupo con EC, el 43% no presentó depresión,

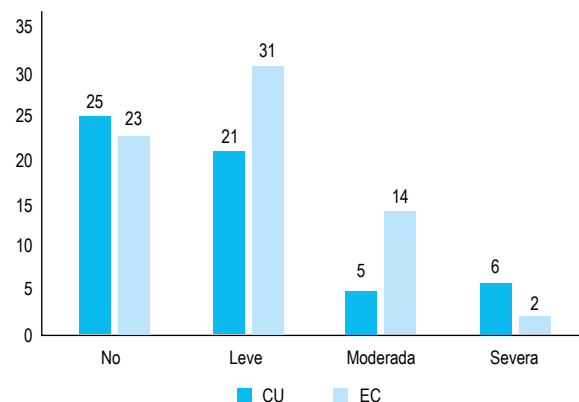


Figura 2. Niveles de depresión según el cuestionario PHQ-9 en nuestra cohorte de pacientes con EII.

Tabla 2. Relación entre características clínicas de los pacientes con EII y categorías de cuestionarios IBDQ-32, PHQ-9 y GAD-7.

	IBDQ-32	p*	PHQ-9	p*	GAD-7	p*
	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$	
Género						
Femenino	170,2		6,0		6,6	
Masculino	178,8	0,21	6,3	0,99	6,0	0,24
Tipo de EII						
CU	177,9		6,2		6,5	
EC	171,7	0,68	6,1	0,13	5,9	0,60
Edad						
<30 años	161,2		8,0		8,4	
>30 años	179,2	0,51	5,6	0,01	5,6	0,02
Tiempo de enfermedad						
< 1 año	179,1		8,5		6,7	
1-5 años	170,5		6,2		6,3	
≥ 5 años	181,5	0,17	5,5	0,35	5,8	0,59
Hábito tabáquico						
Si	188,0		6,5		7	
No	174,9	0,99	6,1	0,83	6,2	0,15
Actividad de enfermedad						
EC						
CDAI < 150	187,4		4,7		4,9	
CDAI > 150	140,5	0,01	8,7	0,01	8	0,01
Actividad de enfermedad CU						
Score Mayo ≤ 2	186,6		5,5		6,0	
Score Mayo > 2	163,0	0,01	7,5	0,06	7,4	0,06
Uso de biológicos						
Si	179,8		5,8		5,6	
No	170,5	0,17	6,5	0,39	6,9	0,39
Cirugía						
Si	176,5		4,8		6	
No	174,9	0,87	6,4	0,76	6,3	0,60
Comorbilidad						
Si	180,7		5,8		5,2	
No	172,7	0,95	6,3	0,59	6,7	0,39
Atención médica						
Privada	178,7		5,6		5,8	
Pública	168,7	0,37	6,9	0,20	6,9	0,12

$\bar{x}$: media, p: significancia estadística, *: χ^2 (chi cuadrada)

el 36,8% mostró depresión leve, el 8,7% moderada y el 10,5% moderada a severa. En el grupo con CU, el 32,7% no presentó depresión, el 44,2% tuvo depresión leve, el 20% moderada y el 2,8% moderada a severa.

En el cuestionario GAD-7, se observaron puntajes compatibles con ansiedad leve tanto en los pacientes con EC ($5,94 \pm 3,87$) como en aquellos con CU ($6,57 \pm 4,32$) (Figura 3). En el grupo con EC, el 47,3% presentó ninguna o ansiedad mínima, el 40,3% ansiedad leve, el 10,5% moderada y el 1,8% severa. En el grupo con CU, el 37,1% mostró ninguna o ansiedad mínima, el 40% ansiedad leve, el 20% moderada y el 2,8% severa.

La remisión clínica en la EC se asoció de manera significativa con los resultados de los cuestionarios IBDQ-32 ($p < 0,01$), PHQ-9 ($p < 0,01$) y GAD-7 ($p < 0,01$). En cambio, en los pacientes con CU, la remisión se relacionó únicamente con el IBDQ-32 ($p < 0,01$). Asimismo, la edad mostró una asociación significativa con los puntajes de los cuestionarios PHQ-9 ($p < 0,01$) y GAD-7 ($p < 0,02$) (Tabla 2). Por otro lado, no se encontró ninguna asociación significativa con las variables sociodemográficas (Tabla 3).

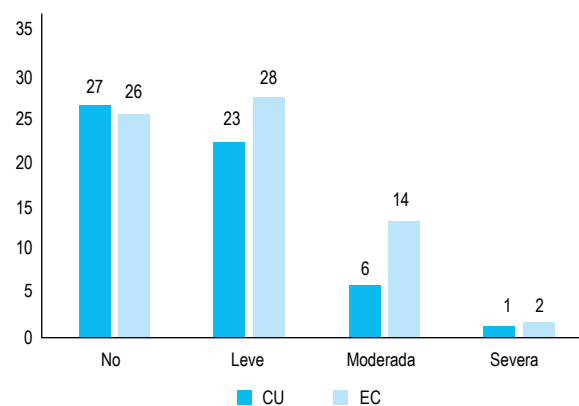


Figura 3. Niveles de ansiedad según el cuestionario GAD-7 en nuestra cohorte de pacientes con EII.

Tabla 3. Relación entre características clínicas de los pacientes con EII y categorías de cuestionarios IBDQ-32, PHQ-9 y GAD-7.

	IBDQ-32	p*	PHQ-9	p*	GAD-7	p*
	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$	
Estado civil						
Casado	177,8		5,6		5,8	
Soltero	169,0		7,2		7	
Divorciado	188,6	0,67	4,6	0,73	7,3	0,25
Viudo	187,5		5		7,5	
Situación laboral						
Empleado	176,0		6,1		6,1	
Desempleado	172,3	0,41	6,4	0,08	6,6	0,11
Grado de instrucción						
Universitaria	178,6		5,5		5,7	
Técnica	157,6		8,3		6,6	
Primaria	180,7	0,09	6	0,05	9	0,05
Secundaria	165,2		8,1		7,6	

$\bar{x}$: media, p: significancia estadística, *: χ^2 (chi cuadrada)

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud no se define únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social ⁽⁷⁾. En este contexto, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha cobrado creciente relevancia en los últimos años, especialmente en personas con enfermedades crónicas, donde se considera un objetivo terapéutico fundamental ⁽⁸⁾.

En este estudio multicéntrico, al evaluar la calidad de vida de los pacientes con EII mediante el cuestionario IBDQ-32, observamos que la mayoría de los pacientes, con al menos seis meses de evolución de enfermedad y en tratamiento farmacológico regular, presentaron una calidad de vida alta (70%), tanto en el grupo con EC ($171,7 \pm 36,18$) como en el de CU ($177,9 \pm 27,62$). Estos resultados son similares a los reportados por López-Cortés *et al.* quienes encontraron una puntuación media total de 166 puntos en el IBDQ-32; sin embargo, a diferencia de nuestro estudio, dichos autores identificaron diferencias estadísticamente significativas según el género, concluyendo que los hombres presentaban una mejor calidad de vida más alta que las mujeres ⁽⁹⁾.

Por otro lado, nuestros resultados difieren del metaanálisis publicado por Knowles *et al.* quienes concluyeron que la calidad de vida es significativamente menor en personas con EII en comparación con individuos sanos ⁽²⁾. De manera similar, Parra *et al.* reportaron un compromiso moderado de la CVRS, con una mediana de 150 puntos en el IBDQ-32, tanto en EC como en CU ⁽¹⁰⁾. Esta discrepancia podría explicarse por el hecho de que más del 60% de los pacientes incluidos en nuestro estudio se encontraban en fase de remisión al momento de la evaluación.

En relación con el tipo de EII y su impacto sobre la calidad de vida, no se observaron diferencias significativas entre la EC y la CU. Calvo Bernal *et al.* también reportaron puntuaciones más bajas en pacientes con EC, aunque sin alcanzar significación estadística respecto a CU ⁽¹⁰⁾, hallazgo concordante con el metaanálisis de Knowles *et al.* ⁽¹¹⁾. No obstante, la evidencia disponible en este aspecto es heterogénea, ya que otros estudios, como el de Parra *et al.*, sí describen un mayor impacto negativo de la EC sobre la calidad de vida ^(10,12-13).

Finalmente, en nuestro estudio se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) en los puntajes del IBDQ-32 en función de la actividad de la enfermedad, evidenciándose una menor calidad de vida en los pacientes con enfermedad activa. Este hallazgo concuerda con lo descrito en la literatura, donde la actividad inflamatoria se reconoce como un determinante negativo en la CVRS, tanto en EC como en CU ^(7-8,10-11,13-15).

Asimismo, el tiempo de evolución de la enfermedad constituye otra variable relevante, ya que se ha reportado que, a medida que la EII progresa, los índices de calidad de vida tienden a mejorar ^(11,15). En nuestro estudio, el predominio de puntuaciones altas en calidad de vida podría estar relacionado con este factor, considerando que el tiempo promedio de enfermedad fue de $53,68 \pm 37,37$ meses para la EC y de $65,19 \pm 47,57$ meses para la CU.

Diversos estudios han demostrado que la ansiedad y la depresión son los trastornos de salud mental más frecuentes en pacientes con EII ^(4,5,16-19), quienes presentan un riesgo incrementado de desarrollarlos en comparación con la población general ^(17,18). En nuestros hallazgos, el 62,2% y el 58,1% de los pacientes con EII presentaron algún grado de depresión y ansiedad, respectivamente. En contraste, Barberio *et al.* reportaron prevalencias menores de ansiedad (32,1%) y depresión (25,2%) en pacientes con EII ⁽¹⁸⁾. Esta diferencia podría explicarse porque los estudios realizados en países con mayor experiencia en el manejo de la EII —y, por ende, con mejor infraestructura y acceso al tratamiento— suelen reportar menor frecuencia de síntomas psicológicos que aquellos realizados en contextos con menor desarrollo sanitario, como el Perú.

En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes presentaron depresión leve, sin embargo, un 21% del total mostró depresión moderada (19% en EC y 22% en CU), sin registrarse casos de depresión grave. Este hallazgo podría explicarse por el hecho de que se trató predominantemente de pacientes ambulatorios, en su mayoría en remisión o con enfermedad leve. De manera similar, Byrne *et al.* reportaron una prevalencia de depresión del 25,8% en pacientes ambulatorios con EII, en comparación con el 11,3% en la población general, y destacaron que la actividad de la enfermedad se asocia significativamente con estos trastornos ⁽⁴⁾.

En cuanto a la ansiedad, el 58,1% de los pacientes presentó algún grado de este trastorno, con una mayor frecuencia en

CU (62,8%) en comparación con EC (53,3%). Barberio *et al.* reportaron prevalencias significativamente inferiores (34,2% en CU, 36,7% en EC y 10,4% en controles sanos) ⁽¹⁸⁾. La mayor prevalencia observada en nuestro estudio podría explicarse, al menos en parte, por el contexto social reciente, dado que la mayoría de los estudios previos se realizaron antes de la pandemia por COVID-19. Factores como el confinamiento, la incertidumbre, y las dificultades en el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento durante ese periodo pueden haber contribuido al incremento de síntomas ansiosos en nuestra población.

Asimismo, se observó una asociación estadísticamente significativa entre los puntajes de los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7 y la edad de los pacientes ($p=0,01$ y $p=0,02$, respectivamente), con mayores puntajes en los pacientes menores de 30 años. Este hallazgo coincide con estudios recientes de Qualter *et al.* y Dregan *et al.*, quienes reportaron que los adultos jóvenes (menores de 40 años) presentan un mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en comparación con los pacientes de mayor edad ⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Estos autores plantean la existencia de un posible período de mayor vulnerabilidad psicológica durante la adultez temprana, en el cual la presencia de una EI activa puede resultar particularmente impactante. Este planteamiento resalta la necesidad de investigar el impacto de la edad de inicio de la EI y identificar subgrupos etarios con mayor susceptibilidad a desarrollar trastornos de salud mental.

El presente estudio presenta algunas limitaciones. Su diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad. Asimismo, el predominio de pacientes ambulatorios en remisión clínica podría limitar la generalización de los resultados. Finalmente, el uso de cuestionarios autoadministrados y la ausencia de un grupo control pueden haber introducido sesgos de información.

En conclusión, aunque la mayoría de los pacientes con EI presentan una buena calidad de vida, más de la mitad manifiesta algún grado de ansiedad o depresión, incluso en remisión clínica. Estos resultados refuerzan la necesidad de un enfoque multidisciplinario que incorpore la evaluación sistemática de la salud mental en la práctica clínica habitual, en concordancia con las recomendaciones del STRIDE II, que proponen incluir la remisión psicológica como un objetivo terapéutico futuro junto con la remisión clínica y endoscópica ⁽²¹⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fiest K, Bernstein C, Walker J, Graff L, Hitchon C, Peschken C, *et al.* Systematic review of interventions for depression and anxiety in persons with inflammatory bowel disease. *BMC Res Notes*. 2016;9(1):404. doi: 10.1186/s13104-016-2204-2.
2. Knowles SR, Graff LA, Wilding H, Hewitt C, Keefer L, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part I. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24(4):742-751. doi: 10.1093/ibd/izx100.
3. Alrubaiy L, Rikaby I, Dodds P, Hutchings HA, Williams JG. Systematic review of health-related quality of life measures for inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2015;9(3):284-92. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv002.
4. Byrne G, Rosenfeld G, Leung Y, Qian H, Raudzus J, Nunez C, *et al.* Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2017;2017:6496727. doi: 10.1155/2017/6496727.
5. Hu S, Chen Y, Chen Y, Wang C. Depression and Anxiety Disorders in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Front Psychiatry*. 2021;12:714057. doi: 10.3389/fpsy.2021.714057.
6. Iglesias M, Barreiro de Acosta M, Vázquez I, Figueiras A, Nieto L, Lorenzo A, *et al.* Psychological impact of Crohn's disease on patients in remission: anxiety and depression risks. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101(4):249-57.
7. Calvo Bernal MDM, Pérez Campos E, Aparicio Mota A, Hernández Martínez Á. Assessment of the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2025;48(1):502192. doi: 10.1016/j.gastrohep.2024.502192.
8. Moradkhani A, Beckman LJ, Tabibian JH. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors. *J Crohns Colitis*. 2013;7(6):467-73. doi: 10.1016/j.crohns.2012.07.012.
9. López Cortés R, Marín Fernández B, Hueso Montoro C, Escalada Hernández P, Sanz Aznarez AC, Rodríguez Gutiérrez C. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *An Sist Sanit Navar*. 2016;39(1):123-31. doi: 10.4321/S1137-6627/2016000100014.
10. Parra-Izquierdo V, Frías-Ordoñez JS, Márquez JR, Puentes-Manosalva F, Sarmiento F, García-Duperly R, *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Gastroenterol Peru*. 2023;43(2):95-103.
11. Knowles SR, Keefer L, Wilding H, Hewitt C, Graff LA, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part II. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24(5):966-976. doi: 10.1093/ibd/izy015.
12. Bernabéu Juan P, Cabezas Sirvent P, Sempere Robles L, van der Hofstadt Gomis A, Rodríguez Marín J, van der Hofstadt Román CJ. Differences in the Quality of Life of Patients Recently Diagnosed with Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(16):6576. doi: 10.3390/ijerph20166576.
13. Mayorga A, Rodríguez V, Dávila S, Andrade D, Carrillo J, Ordóñez M, *et al.* Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Cient INSPILIP*. 2019;3(2). doi: 10.31790/inspilip.v3i2.137.
14. Colmenárez G, Armanie E. Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Bol méd postgrado*. 2018;34(2):17-23.
15. Gili M, Bauzá N. Calidad de vida y personalidad en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32(S2):3-8. doi: 10.1016/S0210-5705(09)72597-X.
16. Bisgaard TH, Allin KH, Elmahdi R, Jess T. The bidirectional risk of inflammatory bowel disease and anxiety or depression: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;83:109-116. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2023.05.002.
17. Barberio B, Zamani M, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(5):359-370. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00014-5.
18. Qualter P, Rouncefield-Swales A, Bray L, Blake L, Allen S, Probert C, *et al.* Depression, anxiety, and loneliness among adolescents and young adults with IBD in the UK: the role of disease severity, age of onset, and embarrassment of the

- condition. *Qual Life Res.* 2021;30(2):497-506. doi: 10.1007/s11136-020-02653-9.
19. Dregan A, Matcham F, Harber-Aschan L, Rayner L, Brailean A, Davis K, *et al.* Common mental disorders within chronic inflammatory disorders: a primary care database prospective investigation. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(5):688-695. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-214676.
20. Barreiro-de Acosta M, Gisbert JP. Letter: psychological remission - a future endpoint in inflammatory bowel disease? *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;39(12):1436. doi: 10.1111/apt.12766.
21. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, D'Amico F, Dhaliwal J, Griffiths AM, *et al.* STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology.* 2021;160(5):1570-1583. doi: 10.1053/j.gastro.2020.12.031.