

112261<sup>10</sup>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA**



**RELACION DE SINDROME DEPRESIVO  
DISPEPSIA Y SINDROME DE COLON IRRITABLE**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



**ISSSTE**

**P R E S E N T A :  
DRA. LETICIA ANGOA ROMAN**

**PUEBLA, PUE.**

**DICIEMBRE ~~1997~~**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México

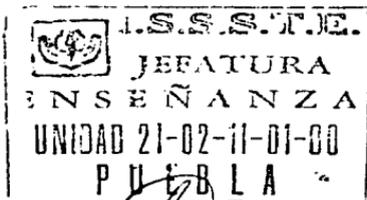


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



*[Handwritten signature]*

**RELACIÓN DE SÍNDROME DEPRESIVO  
DISPEPSIA Y SÍNDROME DE COLÓN IRRITABLE**

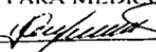
Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar

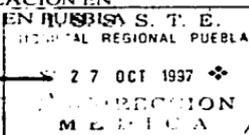
**P R E S E N T A**

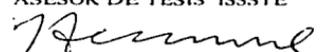
**DRA. LETICIA ANGOA ROMAN**

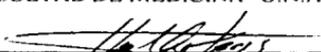
**AUTORIZACIONES**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. ANABEL HERNÁNDEZ SOSA**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN PUEBLA S. T. E.

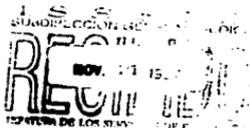
  
\_\_\_\_\_  
**DR. IGNACIO ESCALANTE SANDOVAL**  
ASESOR DE TESIS ISSSTE



  
\_\_\_\_\_  
**DR. JORGE VERAMENDI CARNICER**  
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

  
\_\_\_\_\_  
**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIO DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.

PUEBLA, PUE AGOSTO DE 1997



**RELACIÓN DE SÍNDROME DEPRESIVO  
DISPEPSIA Y SÍNDROME DE COLON IRRITABLE**

Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar

P R E S E N T A

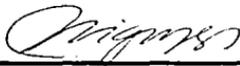
**DRA. LETICIA ANGOA ROMAN.**

AUTORIZACIONES



---

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



---

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

---

**DRA. MA. DEL ROSARIO NORIEGA GARIBAY**  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

## INDICE GENERAL

1. MARCO TEORICO	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. OBJETIVOS	10
5. METODOLOGIA	11
6. RESULTADOS	14
7. ANALISIS DE RESULTADOS	25
8. CONCLUSIONES	28
9. BIBLIOGRAFIA	27
10. ANEXOS	29

## **MARCO TEÓRICO.**

La Depresión es una de las deficiencias diagnósticas más comunes en la práctica médica, a pesar de ser un síndrome común. La incidencia de la depresión en el ámbito clínico, varía mucho del 10 al 30%, se calcula que la incidencia es global del riesgo de depresión en la población general es de aproximadamente 5 a 13% (1).

El desafío crucial para el médico familiar es valorar cuidadosamente todos los síntomas somáticos y de otro tipo del paciente e incluir la depresión en el diagnóstico diferencial.

La palabra misma implica sentimientos de tristeza y por ello parece describir simplemente una alteración del estado de ánimo (un trastorno afectivo) más que una enfermedad con síntomas físicos definidos. El médico general encontrará de gran utilidad el aprenderse los síntomas de la depresión según se presentan en la tercera edición revisada del DIAGNOSTIC AND STATICAL MANUAL (DSM 111-R) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana.

La historia clínica es el paso más importante para hacer el diagnóstico. Es preciso lograr que el paciente se sienta lo más cómodo posible asegurando que haya privacidad y la entrevista se debe realizar como un esfuerzo colaborativo a manera de conversación. Al realizar la historia clínica, el médico puede sondear si hay depresión en forma bastante directa

preguntando cual ha sido el estado de ánimo del paciente, evitando un enfoque indefinido que pueda conducir a un diagnóstico equivocado. También se debe tomar en cuenta el comportamiento no verbal del paciente.

Si bien resulta útil que el clínico clasifique los síntomas en cuatro categorías y los valore de acuerdo con los criterios del DSM 111-R, ciertos síntomas son tan comunes que se deben de considerar distintivos de la depresión.

Su persistencia debe evaluarse en forma marcada al índice de sospecha. Estos síntomas distintivos son: fatiga que no se alivia con ningún descanso; dolor; más comúnmente cefalea, pero también dolor en la parte baja de la espalda y otros malestares músculo-esqueléticos; alteraciones del sueño, que suelen ser: despertar temprano por la mañana o pasar periodos prolongados tratando de dormir; ansiedad o irritabilidad; y trastornos gastrointestinales tales como estreñimiento, diarrea o síndrome de colon irritable. (2)

La Dispepsia es un trastorno funcional, en la gran mayoría de los casos puede también deberse a lesiones orgánicas, tanto digestivas como extradigestivas que importa tener en cuenta para no cometer graves errores de diagnóstico. El término dispepsia se utiliza como una palabra clave o bien como una descripción que se toma para una variedad de síntomas que se atribuyen de una manera implícita a las alteraciones del tracto alimentario superior que puede o no relacionarse con los alimentos, ellos incluyen

molestias y dolor abdominal, pirosis y otras manifestaciones de reflujo gastroesofágico, náuseas y vómito, flatulencia o eructo (aerofagia), la saciedad temprana o la repleción inmediatamente después de los alimentos, la distensión abdominal o abombamiento son síntomas que el paciente atribuye al gas. La dispepsia es considerada como un núcleo común de síntomas a una gran variedad de enfermedades del tracto digestivo. Por lo tanto la versión dolor abdominal episódico y recurrente o persistente o molesto, todos aquellos síntomas que se refieren al tracto alimentario superior excluyendo hemorragia o ictericia o bien a la duración durante cuatro semanas o más (3).

El síndrome de intestino irritable es una alteración funcional en la porción inferior del tracto intestinal y que afecta aproximadamente a un 10% de la población y provoca un alto rango de síntomas. La mayoría de los casos de síndrome de colon irritable pueden diagnosticarse en la práctica general en base a los antecedentes que presenta el paciente en la historia clínica así como el examen clínico, puede incluir síntomas de dolor abdominal (debidos a laparotomías previas, o bien dolor abdominal severo), así como hipersensibilidad generalizada, o colon palpable sensible sobre todo en marco cólico izquierdo, borborigmos audibles.

La explicación de la naturaleza del padecimiento únicamente se establece después de revisar los estilos de vida y los hábitos higiénicos dietéticos, entonces deberá proveerse la terapia medicamentosa. (4)

La relación entre síndrome depresivo, dispepsia no ulcerosa y colon irritable es motivo de estudio de varios autores que apoyan esta relación. (4,5,6,8,9,10,11)

Mine K. Kanazawa realizó un estudio en 1994, en donde se estudiaron pacientes con síndrome de intestino irritable y dispepsia no ulcerosa, el 50% de los pacientes cursaron con síndrome depresivo que se relacionaba muy estrechamente con el inicio y persistencia de los síntomas. Por lo tanto en los pacientes con colon irritable y dispepsia se debe evaluar tanto los síntomas digestivos como los desórdenes psiquiátricos. Se menciona que los pacientes sometidos a tratamiento médico psiquiátrico, mostraron mejoría importante. (5) Kohuits E. A., observó que en los pacientes que cursan con síndrome de intestino irritable existen desordenes de ansiedad y cambios en el estado del humor. (6)

Song J. Y Merskey, estudiaron 18 pacientes con síntomas de distensión abdominal y molestias, fueron examinados con el fin de explorar sus síntomas y sus problemas emocionales, estos fueron comparados con 33 pacientes con enfermedad de Crohn, y 38 sujetos voluntarios sanos.

Se utilizaron cuestionarios para valorar la escala de ansiedad y depresión del hospital. En los pacientes con distensión abdominal se halló que semejabán enfermedad Crohn, ambos grupos mostraron incrementos en la depresión, con variables de la personalidad y clasificación de estos grupos, de acuerdo a edad, sexo, ocupación, etc. Hubo tendencia a una mayor depresión

en el síndrome de distensión comparado con sujetos normales, con diferencia significativa para la depresión, estas características parecen relacionarse con los efectos de la enfermedad. Aún cuando son comunes los problemas psiquiátricos entre los pacientes con distensión abdominal y dolor que permanecen en contacto con la clínica, no existe causa primaria en este desorden. (7)

Blachard-EB estudió a 8 pacientes con síndrome de colon irritable, estos recibieron 10 sesiones de terapia durante ocho semanas como terapia de relajamiento y disminuyeron sus síntomas gastrointestinales. (8)

Mollica G. Manno G. realizó un estudio doble ciego con pacientes a los cuales se les administró bromuro otium y diazepam (20 mgs. O T/2 mgs. De diazepam) y otros pacientes solo otium, se observó que los síntomas gastrointestinales desaparecieron totalmente en los pacientes con O.T. más diazepam, ya que reduce significativamente la ansiedad y es una mejor opción para el síndrome de intestino irritable (10)

Scarini-IC estudió las relaciones entre el abuso sexual físico, percepción del dolor y eventos ambientales, estos incluyeron 50 pacientes de las cuales 13 con patología de reflujo gastroesofágico, 26 con dolor torácico no cardiaco y 11 con síndrome de colon irritable. Se utilizaron las siguientes mediciones:

1. Preguntas sobre abuso sexual físico.
2. Entrevista psiquiátrica estructurada.

3. Cuestionario sobre el dolor, estudio de las experiencias de la vida.

4. Percepción del dolor y tareas en la teoría de decisión sensorial.

El resultado fue 56% de la muestra reportó una historia de abuso sexual físico. El abuso fue significativamente prevalente entre los pacientes con reflujo gastroesofágico (92%), síndrome de colon irritable 82% comparadas con aquellas con dolor torácico no cardíaco 27%. Estos datos sugieren que las relaciones entre el abuso, incapacidad, síndrome de dolor múltiple y el cuidado de la salud se dirigen a conducta medida por desordenes psiquiátricos, destrucción de la función física y estresadores ambientales. (11)

Algunos autores están en controversia con lo mencionado ya que realizaron algunos estudios, en donde no se demuestra que exista relación entre el stress y sintomatología gastrointestinal. (12,13,14,15)

Harper-RG realizó un estudio con 260 pacientes usando un cuestionario que fue diseñado para medir y evaluar los síntomas, niveles de dolor, interpretación de los síntomas. El cuestionario se mandó por correo de 6 a 18 meses después de que habían sufrido un dolor abdominal. Los autores encontraron valores altos de dolor en los pacientes más jóvenes que en los de mayor edad. Los pacientes de mayor edad identificaron menos sus síntomas como relacionados con la tensión. Se necesita una mayor investigación respecto a los síntomas, la atribución de la enfermedad y el reconocimiento

físico de la etiología emocional entre las personas de mayor edad y los pacientes más jóvenes con desórdenes somatizantes. (12)

Suls-J, Wan-CK realizaron una evaluación de las relaciones entre los estresadores de la vida diaria y la sintomatología, en los pacientes de síndrome de colon irritable. Las correlaciones concurrentes entre el estrés semanal y los síntomas fueron positivos, pero el estrés diario concurrente y anterior no tiene relación entre los síntomas gastrointestinales en los pacientes con síndrome de colon irritable. La metodología de registro diario, en conjunción con las estrategias analíticas en el sujeto es propuesta como un enfoque innovador para examinar las relaciones entre el stress y la sintomatología física. (13) Estos autores piensan que el stress debe ser valorado en forma individual.

Existe una relación entre los desórdenes psiquiátricos o alteraciones depresivas y el síndrome de colon irritable así como dispepsia no ulcerosa. Los desórdenes funcionales del intestino delgado y el intestino grueso inducen a síndrome de intestino irritable, la dispepsia sin úlcera es un síndrome que muestra síntomas que pudieran originarse o presentarse en el tracto digestivo alto a pesar de la ausencia de desorden orgánico. (5)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestra población con dispepsia y el síndrome de colon irritable se presenta aproximadamente de un 23 a un 25% como motivo de consulta en el servicio de Medicina Familiar.<sup>1</sup>

En el servicio de gastroenterología aproximadamente el 60%<sup>1</sup> de la consulta que se atiende es de pacientes con trastornos funcionales de colon.

No existe en nuestro medio un estudio que nos indique que tan frecuente es la asociación entre dispepsia, colon irritable y síndrome depresivo.

¿Cuál es la frecuencia de la asociación del síndrome depresivo con dispepsia y síndrome de colon irritable en la Unidad de Medicina Familiar SNTE en la ciudad de Puebla?

---

<sup>1</sup> Fuente.- SM10-1 Hoja de informe diario del médico

**JUSTIFICACIÓN.**

Ya se ha mencionado que una 4ª. Parte de los pacientes que acuden a consulta tienen trastornos digestivos,<sup>43</sup> y como se ha visto en los antecedentes, hay una relación muy elevada de asociación entre síndrome depresivo con dispepsia y colon irritable.

Para ello es necesario detectar la relación de estos síndromes, algo que no se ha documentado adecuadamente en México.

---

<sup>43</sup> FUENTE - SM10 -1 -1 Hoja de informe diario del médico

## OBJETIVOS.

### OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia con que se presentan asociados los síndromes de depresión, dispepsia y colon irritable, en los pacientes que acuden a la consulta en la Unidad de Medicina Familiar SNTE de la ciudad de Puebla, Pue., en un período comprendido de Septiembre de 1994 a Septiembre de 1995.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Conocer la frecuencia de síndrome depresivo en pacientes con trastornos gastrointestinales
2. Conocer la frecuencia de dispepsia y/o colon irritable en pacientes con síndrome depresivo.
3. Conocer la frecuencia de pacientes sin síndrome depresivo que cursaron con dispepsia y colon irritable.
4. Conocer la frecuencia de otras patologías en los pacientes que presentaron dispepsia.

## **METODOLOGÍA.**

**TIPO DE ESTUDIO** - Es descriptivo, observacional, transversal y prospectivo

**UNIVERSO DE ESTUDIO** - La población adscrita a la UMF SNTE, es de 1769 derecho habientes ubicada en la colonia Gonzalez Ortega de la ciudad de Puebla, en un periodo comprendido entre septiembre de 1994 a septiembre de 1995

**TIPO DE MUESTRA** - Se considera que es aleatoria simple donde cada uno de los pacientes con manifestaciones gastrointestinales de más de 3 meses de evolución, tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA.** - Esta se obtuvo de todos los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa, en el periodo de estudio antes mencionado que presentaron sintomatología gastrointestinal y síndrome depresivo.

**CRITERIOS DE INCLUSION.** - En este estudio se incluyeron pacientes con manifestaciones gastrointestinales de más de 3 meses de evolución a los que se les había dado tratamiento inicial con gel de hidróxido de aluminio y magnesio, metoclopramida, senosidos AB, así como medidas higiénico dietéticas.

**CRITERIOS DE EXCLUSION.** - Pacientes con manifestaciones gastrointestinales de causa orgánica ya demostrada.

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN** - Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

**VARIABLES DE MEDICIÓN** - Las variables cuantitativas corresponden a los 40 pacientes de la UMF SNTÉ ISSSTE Puebla Las variables identificadas como causa de consulta en nuestro estudio consideradas de tipo cuantitativo en escala nominal corresponden a ,Síndrome depresivo,dispepsia y síndrome de de colon irritable.

**PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN** - A todos los pacientes se les realizo Biometria Hemática completa coproparasitoscópico seriado con búsqueda de sangre en heces. Se les aplicaron 2 cuestionarios, uno sobre trastornos de tubo digestivo de Robin Know Jones que consta de 32 preguntas(anexo 1), el cual con 10 respuestas positivas se cataloga como paciente con manifestaciones gastrointestinales.

El otro cuestionario el Test de Hamilton (anexo 2), para valorar síndrome depresivo, este cuestionario consta de 21 preguntas, con una puntuación superior a 10 se les cataloga como síndrome depresivo. Estos pasos se realizaron en el servicio de medicina familiar

Posteriormente se les envió al servicio de gastroenterología en donde se les realizó pruebas de funcionamiento hepático, serie esófago gastroduodenal, endoscopia, colon por enema, colonoscopia, hasta establecer el diagnóstico de certeza

Se elaboró una cédula de recolección de datos (anexo 3), para llevar un control de los exámenes de laboratorio que se realizaría y así tener el protocolo completo

Con los resultados obtenidos se realizará un análisis de frecuencia para establecer la relación entre síndrome depresivo dispepsia y colon irritable. Este estudio se realizó en un periodo comprendido de septiembre de 1994 a Septiembre de 1995.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS.-** Este trabajo se realizó previo consentimiento de los pacientes.

**RESULTADOS.**

De los 40 pacientes con trastornos gastrointestinales sólo 25 pacientes (62.59%) cursaron con síndrome depresivo(ver gráfica y cuadro No.1)

De los 25 pacientes con síndrome depresivo 17 (68%),cursaron con dispepsia y colon irritable y 8 pacientes (32%) cursaron con otra patología (gráfica y cuadro No. 2).

De los 15 pacientes sin cuadro depresivo sólo tres(20%) cursaron con dispepsia y colon irritable (gráfica y cuadro No.3).

De los 20 pacientes con dispepsia se encontraron hasta 3 diagnósticos por paciente; 16 (36%) con trastornos funcionales de colon, 15 (34%) con gastritis, 6 (14%) con helicobacter pilory; de los otros 4 pacientes cursaron con litiasis vesicular 4 (9%), con hemorroides 2 (5%) y 1 (2%) con probable Ca. de colon (gráfica y cuadro No 4).

Encontramos una prevalencia del 85% de síndrome depresivo en los pacientes con dispepsia y colon irritable, estos resultados nos dan un riesgo relativo de 2.125 una razón de momio de 8.5, así como un riesgo atribuible de 45% y un riesgo a la población expuesta de 0.62941. Un intervalo de confianza para diferenciar dispepsia y depresión de 0.240 una  $\text{Chi}^2$  de 8.592067, un valor de  $P > 0.01$  (ver Tabla N° 1).

**RESULTADOS:**

**RELACION DE PACIENTES QUE CURSARON CON SÍNDROME DEPRESIVO  
Y SIN SÍNDROME DEPRESIVO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
SNTE ISSSTE PUEBLA**



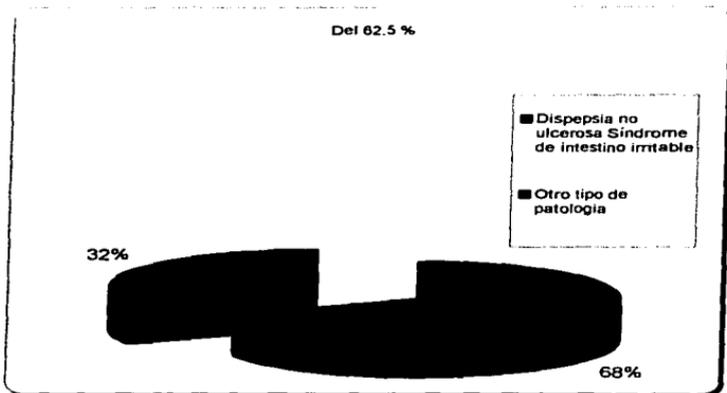
GRAFICA No. 1

RELACION DE PACIENTES QUE CURSARON CON SINDROME DEPRESIVO  
Y SIN SINDROME DEPRESIVO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
SNTE ISSSTE PUEBLA

SINDROME DEPRESIVO PRESENTE	25(62.5%)
SINDROME DEPRESIVO AUSENTE	<u>15(37.5%)</u>
TOTAL	40(100%)

CUADRO No.1

RELACION DE PACIENTES CON SINDROME DEPRESIVO, DISPEPSIA  
COLON IRRITABLE Y OTRA PATOLOGIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
SNTE ISSTE PUEBLA



GRAFICA No. 2

NO BEBE  
BIBLIOTECA

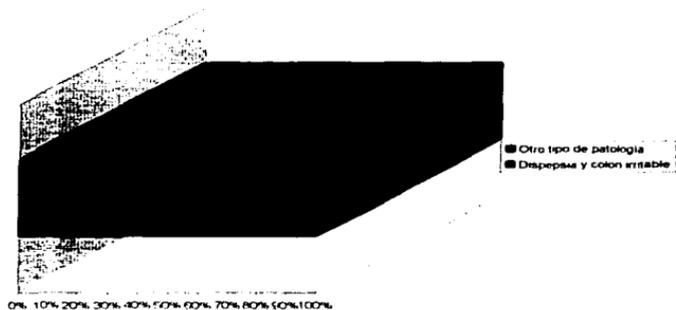
RELACION DE PACIENTES CON SINDROME DEPRESIVO DISPEPSIA,  
COLON IRRITABLE , Y OTRAS PATOLOGIAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR SNT E ISSSTE PUEBLA

SINDROME DEPRESIVO PRESENTE	25(100%)
DISPEPSIA S. COLON IRRITABLE	17(68.0%)
OTRO TIPO DE PATOLOGIA	<u>8(32.0%)</u>
TOTAL	25(100%)

CUADRO No.2

RELACION DE LOS PACIENTES SIN SINDROME DEPRESIVO  
QUE CURSARON CON DISPEPSIA Y COLON IRRITABLE EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR SNTS ISSSTE PUEBLA

De los 15 pacientes que no cursaron con síndrome depresivo



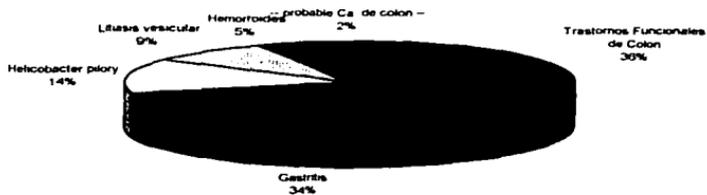
GRAFICA No 3

**RELACION DE LOS PACIENTES SIN SINDROME DEPRESIVO QUE CURSARON CON DISPEPSIA Y COLON IRRITABLE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR SNTE ISSTE PUEBLA**

<b>SIN SINDROME DEPRESIVO</b>	<b>15(100.0%)</b>
<b>DISPEPSIA PRESENTE Y COLON IRRITABLE</b>	<b>3 (20.0%)</b>
<b>OTRO TIPO DE PATOLOGIA</b>	<b><u>12(80.0%)</u></b>
<b>TOTAL</b>	<b>15(100%)</b>

**CUADRO No.3**

RELACION DE PACIENTES QUE CURSARON CON TRES DIAGNOSTICOS  
DIFERENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR SNT E ISSSTE PUEBLA



GRAFICA No.4

RELACION DE PACIENTES QUE CURSARON CON TRES DIAGNOSTICOS  
DIFERENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR SNTE ISSSTE  
PUEBLA

16	Con Trastornos Funcionales de Colon	36%
15	Con Gastritis	34%
6	Con Helicobacter pilory	14%
4	Con Litiasis vesicular	9%
2	Con Hemorroides	5%
1	Con -- probable Ca. de colon --	2%

CUADRO No.4

FRECUENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN 40 CASOS DE DISPEPSIA  
Y COLON IRRITABLE DE PACIENTES DE LA CLINICA DE LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR SNTS ISSSTE PUEBLA DE SEPTIEMBRE  
DE 1994 A SEPTIEMBRE DE 1995

	SINDROME DEPRESIVO PRESENTE	SINDROME DEPRESIVO AUSENTE	TOTAL	PREVALENCIA	INTERVALO DE CONFIANZA PARA DIFERENCIAR
DISPEPSIA PRESENTE	17	3	20	50%	ENTRE DOS PROPORCIONES INDEPENDIENTES
DISPEPSIA AUSENTE	8	12	20	40%	DISPEPSIA-DEPRESION=0.85%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>40</b>	<b>62.5</b>	<b>DISPEPSIA+DEPRESION=0.240</b>
RIESGO RELATIVO	2.125				Chi2 8.502087
RAZON DE MOMIO	8.5				P<0.01
RIESGO ATRIBUIBLE (%)	45				
RIESGO A LA POBLACION EXPUESTA	0.62541				

TABAL No.1

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Kanazaw encontró que el 50% de sus pacientes que cursaban con dispepsia no ulcerosa y síndrome de colon irritable, cursaban con síndrome depresivo (6). Este índice es más bajo comparado con la población de nuestra investigación, ya que los pacientes con dispepsia y colon irritable, constituyen el 85% con el síndrome depresivo

Son. J. y Cols. en un estudio de casos controles, compararon pacientes con dispepsia (18), pacientes con enfermedad de Crohn (33), y voluntarios sanos (38), encontrando una mayor tendencia a la depresión en los pacientes con dispepsia.

Con lo que respecta a los pacientes que estudié, encontré una tendencia mayor a la depresión en pacientes con dispepsia (85%) que en pacientes sin dispepsia (40%).

Blachard -EB, estudió a 8 pacientes con síndrome de colon irritable, los cuales recibieron 10 sesiones de terapia durante 8 semanas como terapia de relajamiento, disminuyendo así sus síntomas gastrointestinales (8).

Mollica y Cols. realizaron un estudio doble ciego con pacientes a quienes se les administró bromuro otillium y diazepam (2 mgs), mientras que a otros pacientes únicamente se les administró otillium, lo que dio como resultado que los síntomas gastrointestinales desaparecieran por completo en los pacientes con O.T. más diazepam.

Esto no lo podemos aplicar directamente a nuestra población hasta obtener datos suficientemente confiables para protocolizar su manejo

## CONCLUSIONES

Nuestras observaciones indican una alta frecuencia de asociación entre dispepsia no ulcerosa, síndrome de intestino irritable y síndrome depresivo.

Esto, ofrece una pregunta a contestar: ¿Vale la pena realizar un protocolo complejo para descartar ausencia de patología en pacientes con dispepsia no ulcerosa, colon irritable y síndrome depresivo, o basta una terapia psicológica y/o farmacológica antes de enviarlo al especialista?

Evidentemente, es necesario profundizar en estos conceptos y considerar el impacto económico que puede tener en el paciente o en el instituto.

Por lo tanto, es conveniente realizar un estudio más profundo para conocer si estas observaciones iniciales persisten con una muestra mayor.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Kamerow D.B. "Anxiety and depression in the medical setting"  
Med Clin North Am 1988; 72: 745-751.
2. American Psychiatric Association  
"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders".  
1987. Third Edition Edit. Masson, pag. 222-225.
3. Crean G.P. Holden R.J. Knill-Jones RP. Beattie AD. James WB.  
Marjorbanis FM. Spiegthaler DJ.  
"A data Base on Dyspepsia".  
Gut 1994;35:191-202
4. Brck E. Hurwitz B. "Irritable bowel syndrome".  
Occas Pap. P. Coll Gen Pract 1992;5B:32-5.
5. Mine K. Kanazawa F. Matsumoto K. T. Suchida O. Hosoi M. Kube C.  
"A depressive disorder in patient with irritable bowel syndrome  
and non-ulcer dyspepsia".
6. Kohutis EA. "Psychological aspects of irritable bowel syndrome".  
NJ Med 1994;91:30-32.
7. Song HY. Merskey H. Sullivan S. Noh S.  
"Anxiety and depression in patients with abdominal bloating".  
Can J psychiatry 1993;38:475-9.
8. Blanchard EB, Greene B, Schartt L. Schwarz-Mc. Morris SP.  
"Relaxation training as treatment for irritable bowel syndrome".  
Biofeedback Self Regul 1993;18:125-32.
9. Greene B. Blanchard EB  
"Cognitive Therapy for irritable bowel syndrome" J Consult clin Psychol 1994;62:576-82.

10. Mollica G, Manno G  
"Otilonium bromide-diazepam in the treatment of irritable colon  
A controlled study versus etilonium bromide"  
Clin Ter 1992;141:129-34.
11. Scannici IC, Mc Donald-Haile J, Bradley LA, Richter JE  
"Altered pain perception and psychosocial features among women  
with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model".  
Am J Med 1994;97:108-118.
12. Harper RG, Kane FJ, Stroehlein J  
"Age, affective distress and illness detection in patients evaluated  
for gastrointestinal complaints".  
Psychosomatics 1994;35:125-131.
13. Suis J, Wan CK, Blanchard EB.  
"A Multilevel data-analytic approach for evaluation of relationships  
between daily life stressors and symptomatology;  
patients with irritable bowel syndrome".  
Health Psychol 1994;13:103-113.
14. Whitehead WE. "Assessing the effects of stress on physical symptoms".  
Health Psychol 1994;13:99-102.
15. Uvnas-Moberg K, Am J, theorell T, Johnsson CO.  
"Personality traits in a group of individuals with functional disorder of the  
gastrointestinal tract and their correlation with gastrin somatostatin  
and oxitocin levels". J Psychosom Res 1991;35:515-523.

# **ANEXOS**

**Anexo N°.1**

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
OCUPACION \_\_\_\_\_ DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_ DELEGACION \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ TRABAJADOR \_\_\_\_\_ FAMILIAR \_\_\_\_\_

1.- El ingreso mensual y de su familia es de:

menos de \$500,000 \_\_\_\_\_ \$500,000-\$1,000,000 \_\_\_\_\_  
\$1,500,000 \_\_\_\_\_ más de \$1,500,000 \_\_\_\_\_

2.- Además de la cocina y el baño, ¿Cuántos cuartos tiene su casa?

1-2 \_\_\_\_\_ 3-4 \_\_\_\_\_ 5-6 \_\_\_\_\_ más de 6 \_\_\_\_\_

3.- ¿Cuántas personas viven en su casa?:

1-2 \_\_\_\_\_ 3-4 \_\_\_\_\_ 5-6 \_\_\_\_\_ 7-8 \_\_\_\_\_ 9-10 \_\_\_\_\_ más de 10 \_\_\_\_\_

4.- ¿Se lava usted las manos después de ir al baño?

Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Con frecuencia \_\_\_\_\_

5.- ¿Come fuera de casa?

No \_\_\_\_\_ 1ó 2 veces por semana \_\_\_\_\_

6.- ¿Se asegura de que la fruta y verdura que come están frescas?

Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Con frecuencia \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_

7.- ¿Come la carne casi cruda?

Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

8.- ¿A fumado usted durante el último año?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique la cantidad de cigarros que fuma en 24 horas:

Menos de media cajetilla \_\_\_\_\_ Media a una cajetilla \_\_\_\_\_

1 ó 2 cajetillas \_\_\_\_\_ Más de 2 cajetillas \_\_\_\_\_

Fuma puros: \_\_\_\_\_

9.- ¿A ingerido bebidas alcohólicas durante el último año?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique la cantidad promedio en una semana de bebida fuerte,

(ron, brandy, tequila, similares):

Menos de 3 copas \_\_\_\_\_ 4-7 copas \_\_\_\_\_ 8-14 copas \_\_\_\_\_

15-21 copas \_\_\_\_\_ Más de 21 copas \_\_\_\_\_

10.- ¿Cuántos partos ha tenido?

0 \_\_\_\_\_ 2-5 \_\_\_\_\_ 6 ó más \_\_\_\_\_

11.- ¿Ha practicado algún deporte en los últimos 3 meses?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique el tiempo promedio, (diariamente):

Menos de 30 minutos \_\_\_\_\_ 30 minutos-1 hora \_\_\_\_\_ Más de 1 hora \_\_\_\_\_

12.- Tiene agua entubada:

Dentro de su casa \_\_\_\_\_ Llave pública \_\_\_\_\_

Fuera de su casa pero en el mismo edificio \_\_\_\_\_

13.- Tiene baño con agua corriente:

Dentro de su casa \_\_\_\_\_ No tiene agua corriente \_\_\_\_\_

Fuera de su casa pero en el mismo edificio \_\_\_\_\_

14.- Tiene drenaje:

Dentro de su casa \_\_\_\_\_ No tiene drenaje \_\_\_\_\_

Fuera de su casa pero en el mismo edificio \_\_\_\_\_

15.- El agua que usted ingiere, ¿de dónde proviene?

Directamente de la llave \_\_\_\_\_ Filtrada \_\_\_\_\_

Purificada de garrafón o de botella \_\_\_\_\_ Hervida \_\_\_\_\_

Preparada con sustancias químicas \_\_\_\_\_

*En las siguientes preguntas, si su respuesta es afirmativa conteste los incisos, en caso de que su respuesta sea negativa, pase a la siguiente pregunta.*

1.- ¿Repite gases por la boca (eructos)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

b) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

2.- Esta molestia la relaciona a usted sobre todo:

(Marque sólo la respuesta que considere más importante)

a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.

b) Cuando está muy tenso o nervioso.

c) Cuando se le para la hora de comer.

3.- ¿Se le suben los alimentos a la garganta? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Con esta molestia tiene usted menos de un mes \_\_\_\_\_

b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_ c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona con usted sobre todo:

(únicamente marque la respuesta que considere más importante)

a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.

b) Cuando está muy tenso.

c) Cuando se le pasa la hora de comer.

4.- ¿Tiene ardor o acidez en la boca del estómago? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

5.- ¿Siente una sensación de vacío en el estómago? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_

c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

(Únicamente la que considere usted más importante)

a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.

b) Cuando está muy nervioso.

c) Cuando se le pasa la hora de comer.

6.- ¿Sufre sensación de llenura o gases en la boca del estómago? Sí \_\_\_ No \_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

c) Cuando menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_

c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia considera usted sobre todo:

a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.

b) Cuando está muy tenso.

c) Cuando se le pasa la hora de comer.

7.- ¿Tiene dificultad para masticar los alimentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Por malas condiciones de sus muelas \_\_\_\_\_

b) Por malas condiciones de su dentadura postiza \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva con esta molestia:

a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_

c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

8.- ¿Le dan deseos de vomitar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.

b) Cuando está muy nervioso o tenso.

c) Cuando se le pasa la hora de comer.

9.- ¿Ha tenido dificultad para tragar el agua o los alimentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) En una o dos ocasiones \_\_\_\_\_  
b) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia está relacionada sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.  
b) Cuando está muy tenso o nervioso.  
c) Cuando se le pasa la hora de comer.

10.- ¿Se le ha atorado algún alimento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) En una o dos ocasiones \_\_\_\_\_  
b) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

- a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_  
c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

- a) Cuando ingiere ciertos alimentos.  
b) Cuando está muy nervioso o tenso.  
c) Cuando se le pasa la hora de comer.

11.- ¿Padece usted de vómitos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_  
c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_  
d) Cuando ha ingerido bebidas alcohólicas \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

- a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_  
c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de bebidas.
- b) Cuando está muy nervioso o tenso.
- c) Cuando se le pasa la hora de comer.

12.- ¿Ha presentado dolor debajo de las costilla? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) Del lado derecho \_\_\_\_\_ b) Del lado izquierdo \_\_\_\_\_
- c) En medio \_\_\_\_\_ d) Casi diario \_\_\_\_\_ e) Ocasionalmente \_\_\_\_\_
- f) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera:

- a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_
- c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.
- b) Cuando está muy tenso.
- c) Cuando se le pasa la hora de comer.

13.- Comiendo poco, ¿siente muy lleno su estómago? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_
- c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_
- c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.
- b) Cuando está muy nervioso o tenso.
- c) Cuando se le pasa la hora de comer.

14.- ¿Siente distendido el abdomen? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_  
c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

- a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_  
b) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.  
b) Cuando está muy tenso.  
c) Cuando se le pasa la hora de comer.

15.- ¿Padece de dolores en su abdomen? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) Arriba \_\_\_\_\_ b) Abajo \_\_\_\_\_ c) En medio \_\_\_\_\_  
d) Lado derecho \_\_\_\_\_ e) Lado izquierdo \_\_\_\_\_  
f) Casi diario \_\_\_\_\_ g) Ocasionalmente \_\_\_\_\_  
h) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera:

- a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.  
b) Cuando está muy nervioso o tenso.  
c) Cuando se le pasa la hora de comer.

16.- ¿Padece de diarreas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_  
c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

- a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.
- b) Cuando está muy tenso o nervioso.
- c) Cuando se le pasa la hora de comer.

17.- ¿Padece de estreñimiento? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_

c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.
- b) Cuando está muy tenso o nervioso.
- c) Cuando se le pasa la hora de comer.

18.- ¿Siente ardor en el recto cuando se le pasa la hora de comer? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva con esta molestia:

a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_

c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.
- b) Cuando está muy nervioso o tenso.
- c) Cuando se le pasa la hora de comer.

19.- ¿Le da comezón en el recto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

c) Por lo menos una vez por semana \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva con esta molestia:

a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1mes-1año \_\_\_\_\_

c) 1año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona usted sobre todo:

a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.

b) Cuando está muy nervioso o tenso.

c) Cuando se le pasa la hora de comer.

20.- ¿Padece de ruidos o movimientos de su intestino? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Con mucha frecuencia \_\_\_\_\_ b) Excepcionalmente \_\_\_\_\_

c) Con poca frecuencia \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva con esta molestia:

a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1mes-1año \_\_\_\_\_

c) 1año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 1 año \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona sobre todo:

a) Cuando se ingiere cierto tipo de alimentos.

b) Cuando está muy tenso o nervioso.

c) Cuando se le pasa la hora de comer.

21.- ¿Arroja usted gases por el recto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

a) Con mucha frecuencia \_\_\_\_\_ b) Excepcionalmente \_\_\_\_\_

c) Con poca frecuencia \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

a) Leve \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Intensa \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1mes-1año \_\_\_\_\_  
c) 1año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

Esta molestia la relaciona sobre todo:

- a) Cuando ingiere cierto tipo de alimentos.  
b) Cuando está muy nervioso o tenso.  
c) Cuando se le pasa la hora de comer.

22.- ¿Padece de hemorroides? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva usted con esta molestia:

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1mes-1año \_\_\_\_\_  
c) 1año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

23.- En los últimos 3 meses, ¿ha notado usted sangre en la materia fecal?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- a) La sangre se ha presentado con diarrea \_\_\_\_\_  
b) Rodeando la materia fecal \_\_\_\_\_  
c) Mezclada con la materia fecal \_\_\_\_\_

Esta molestia la considera usted:

- a) Escasa \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Abundante \_\_\_\_\_

24.- ¿Cada cuándo desaloja su intestino?

- a) 1 vez al día \_\_\_\_\_ b) 2 veces al día \_\_\_\_\_  
c) 3 veces al día \_\_\_\_\_ d) Cada tercer día \_\_\_\_\_  
d) Cada 4 días \_\_\_\_\_

25.- ¿Ha presentado evacuaciones con moco o espuma los últimos 3 meses?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Evacuaciones en dónde se reconozcan los alimentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Evacuaciones en dónde se reconozcan las lombrices? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

26.- ¿Ha presentado dolor o ardor en el abdomen durante los 3 últimos meses?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuándo se le calma el dolor?

a) Cuando evacua el intestino \_\_\_\_\_

b) Cuando ingiere alimentos \_\_\_\_\_

c) Cuando toma medicamentos \_\_\_\_\_

¿Cuándo le aumenta el dolor?

a) Cuando evacua el intestino \_\_\_\_\_

b) Cuando se acuesta \_\_\_\_\_

c) Cuando hace ejercicio \_\_\_\_\_

d) Cuando ingiere alimentos \_\_\_\_\_

e) Cuando está nervioso o tenso \_\_\_\_\_

27.- ¿Ha padecido periodos de diarrea con estreñimiento en el último año?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

28.- De los siguientes alimentos, señale con una cruz los que le caen mal:

a) Chile \_\_\_ b) Huevo \_\_\_ c) Frijoles \_\_\_ d) Pan \_\_\_ e) Papa \_\_\_ f) Crema \_\_\_

g) Bebidas alcohólicas \_\_\_ h) Mantequilla \_\_\_ i) Limón \_\_\_ j) Naranja \_\_\_

¿Qué síntomas presenta al ingerirlos?

a) Molestias \_\_\_ b) Gases \_\_\_ c) Ardor en el estómago \_\_\_ d) Diarrea \_\_\_

e) Dolores en el abdomen \_\_\_ f) Ardor en el recto \_\_\_

29.- ¿Alguna vez ha evacuado como moronga durante el último año?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

30.- ¿Tiene usted amarillo lo blanco de los ojos, (ictericia)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

31.- ¿Su orina es oscura como la Coca Cola?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

32.- Durante 1994 ¿ha consultado a algún médico por alguna de las molestias que han referido en este cuestionario?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El médico al que ha consultado ha sido:

- a) Del ISSSTE \_\_\_\_\_ b) Urgencias del ISSSTE \_\_\_\_\_  
c) Otras instituciones de Salud (IMSS, PEMEX, Sanidad Militar, etc) \_\_\_\_\_  
d) Médico privado \_\_\_\_\_

Durante 1994, ¿ha estado usted incapacitado por alguna molestia mencionada en este cuestionario?

(Conteste afirmativamente si su incapacidad se derivó de alguna enfermedad del aparato digestivo)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 3 días \_\_\_\_\_ 4-10 días \_\_\_\_\_ Más de 10 días \_\_\_\_\_

¿Como presenta las molestias del aparato digestivo?

- a) Las tolera bien \_\_\_\_\_  
b) Le han causado problemas en sus relaciones personales con sus compañeros de trabajo y amigos \_\_\_\_\_  
c) Le han dado problemas en sus relaciones personales con sus familiares \_\_\_\_\_

¿Algún médico le ha dicho que tiene usted una úlcera en el estómago o duodeno? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le tomaron radiografías para asegurar que tiene úlcera? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Algún médico le ha dicho que tiene usted piedras en la vesícula?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le ha operado de la vesícula alguna vez? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le han operado del apéndice alguna vez? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le han operado de la hemorroides? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le han operado de hernia de ingle? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le han operado de hernia en el ombligo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Señale usted los medicamentos que ha tomado en los últimos 6 meses, y con qué frecuencia lo ha hecho.

Señale también, si el medicamento fue recetado por un médico o no.

Alcalinos (Melox, Tums, Otros) \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) 1 vez por semana \_\_\_\_\_ c) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

¿Por prescripción médica? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Antiespasmódicos (Bentyl, Buscapina, Valpine, Otros) \_\_\_\_\_

a) Casi diario \_\_\_\_\_ b) 1 vez por semana \_\_\_\_\_ c) Ocasionalmente \_\_\_\_\_

¿Por prescripción médica? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Acostumbra comer chile de forma:

a) Abundante \_\_\_\_\_ b) Moderada \_\_\_\_\_ c) Casi nunca \_\_\_\_\_

¿Cuántas tazas de café toma usted, (con o sin leche)?

a) 0 \_\_\_\_\_ b) 1 \_\_\_\_\_ c) 2 \_\_\_\_\_ d) 3 \_\_\_\_\_ e) 4 \_\_\_\_\_ f) 5 ó más \_\_\_\_\_

¿Cuántas tazas de leche toma diariamente?

a) 0 \_\_\_\_\_ b) 1 \_\_\_\_\_ c) 2 \_\_\_\_\_ d) 3 \_\_\_\_\_ e) 4 ó más \_\_\_\_\_

¿Algún médico le ha dicho que usted tiene hepatitis? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En esa ocasión, ¿Usted se puso amarillo de la piel? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Esa ocasión, ¿Usted se puso amarillo de los ojos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Se preocupa demasiado por pequeños problemas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cómo lo considera usted?

a) Poco importante \_\_\_\_\_ b) Importante \_\_\_\_\_ c) Muy importante \_\_\_\_\_

¿Se enoja con facilidad y por cualquier cosa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cómo lo considera usted?

a) Poco importante \_\_\_\_\_ b) Importante \_\_\_\_\_ c) Muy importante \_\_\_\_\_

¿Le cuesta trabajo dormirse? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo le sucede ésto?

a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_

c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

¿Ha perdido el apetito? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo le sucede esto?

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_  
c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_

¿Padece dolores de cabeza con frecuencia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo le sucede esto?

- a) Menos de 1 mes \_\_\_\_\_ b) 1 mes-1 año \_\_\_\_\_  
c) 1 año-5 años \_\_\_\_\_ d) Más de 5 años \_\_\_\_\_



**TEST DE HAMILTON PARA VALORAR SINDROME DEPRESIVO**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Expediente No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1.- Trastorno Depresivo (sentimiento de tristeza, desesperanza, sentimiento de ayuda, desvalorización).

0= No existe.

1= Sólo exteriorizado al preguntar.

2= Exteriorizado espontáneamente.

3= Reconocible por el comportamiento (expresión facial, voz, postura corporal, lágrimas).

4= Se saca en conclusión por algunas exteriorizaciones y manera de comportarse del paciente.

---

2.- Sentimientos de culpa.

0= No existentes.

1= Autorrecriminaciones, creencias de haber defraudado a algunas personas.

2= Sentimientos de culpa o cavilaciones sobre faltas anteriores.

3= La enfermedad se percibe como castigo (delirio de culpabilidad).

4= Alucinaciones acústicas u ópticas que se perciben como acusación amenaza.

---

**3.- Suicidio.**

0= Ningún dato para pensar en él.

1= Hastío.

2= Deseos de morir, pensamientos sobre la propia muerte.

3= Ideas suicidas, o comportamiento correspondiente.

4= Intentos de suicidio.

---

**4.- Trastornos del sueño ( trastornos en relación a mantener el sueño tranquilo sin despertar).**

0= Ninguno.

1= Trastornos ocasionales ( más de media hora).

2= Trastornos constantes.

---

**5.- Trastornos del sueño ( trastornos en relación a mantener el sueño tranquilo sin despertar).**

0= Ninguno.

1= El paciente se queja de sueño interrumpido e inquieto.

2= Despertar nocturno, vgr: levantarse por la noche ( en caso de que no sea para micción).

---

**6.- Trastornos del sueño por la mañana.**

0= Ninguno.

1= Despertar muy temprano pero con capacidad para volver a dormir.

2= Despertar muy temprano sin poder volver a conciliar el sueño.

---

**7.- Trabajo y ocupación.**

0= Sin ninguna influencia.

1= Se siente incapaz, cansado o decaído en el trabajo, en el hobby o en otra actividad.

2= Deficiente interés en actividades ( trabajo o hobby) requiere esfuerzo grande para concentrarse, lo exterioriza el mismo paciente o permite reconocerlo de esta manera.

3= Emplea poco tiempo para el trabajo o la actividad o ejecuta un trabajo improductivo. En el tratamiento estacionario cuando sólo desarrolla menos de tres horas de ocupación por propia iniciativa.

4= No ha trabajado mas a causa de la enfermedad. En tratamiento hospitalario: cuando no hay ocupación espontánea.

---

**8.- Inhibición lenguaje y pensamiento lento, dificultad para concentrarse, actividad motora reducida.**

0= Lenguaje y pensamientos normales.

1= Lentitud moderada durante la exploración.

2= Lentitud notoria durante la exploración.

3= Exploración difícil.

4= Estupor.

---

**9.- Exitabilidad.**

0= Ninguna.

1= Inquietud de las manos o extremidades.

2= Movimiento circular de las manos y acción de mesarse los cabello y de morderse las uñas y los labios, etc.

---

10.- Ansiedad ( síntomas psicicos).

0= Ninguna.

1= Tensión interna irritabilidad.

2= Se preocupa de pequeñeces.

3= Expresión temerosa con tensión de la cara y al hablar se exterioriza espontáneamente el temor o la angustia.

4= Estupor.

---

11.- Ansiedad ( síntomas orgánicos) manifestaciones somáticas de la angustia.

Gastrointestinales: sequedad de boca, meteorismo, trastorno de la digestión, diarrea, cólicos, eructos.

Cardiovasculares: ( palpitaciones, cefaleas).

0= Ninguno.

1= Escasos.

2= Regulares.

3= Marcados.

4= Extremos.

---

12.- Síntomas somáticos ( gastrointestinales).

0= Ninguno.

1= Falta de apetito, come pero sin atractivo por la comida sensaciones gástricas.

2= Tiene que ser estimulado para comer. Requiere laxantes y otros medicamentos gastrointestinales.

---

**13.- Síntomas somáticos en general.**

0= Ninguno.

1= Falta de apetito, come pero sin atractivo ppor la comida sensaciones gástricas.

2= Estos mismos síntomas mucho más marcados.

---

**14.- Síntomas genitales. Pérdidas de la lívido, trastornos de menstruación.**

0= Ninguno.

1= Escasos.

2= Marcados.

---

**15.- Hipocondría.**

0= No existe.

1= Aumento de la auto-observación relacionado con el cuerpo.

2= El paciente está lleno de temor por su salud.

3= Numerosas quejas, exigencia de ayuda, etc.

4= Delirio hipocondríaco.

---

**16.- Pérdida de peso ( llenar, ya sea A o B. En el caso de que existan datos exactos de B deben anotarse).**

**A de la Anamnesis.**

0= No pérdida de peso.

1= Probable pérdida de peso relacionado con la enfermedad actual.

2= Pérdida de peso evidente ( según datos del paciente).

3= No valorado.

**B después de pesaje semanal en la clínica.**

0= No pérdida de peso o muy escasa ( menos de 0.5kg/semana).

1= Más de 0.5kg-semana.

2= Más de 1.0kg-semana.

3= No valorado.

---

17.- Impresión propia sobre la enfermedad.

0= El paciente se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1= Admite estar enfermo, pero lo atribuye a la alimentación al clima, al exceso de trabajo, a virus, a agotamiento, etc.

2= La niega.

---

18.- Variaciones Diurnas.

A Mencione si los síntomas aparecen más marcados por la mañana o por la tarde.

Si no existen variaciones, anotar entonces el número 0.

0= Ninguna.

1= Más marcadas por la mañana.

2= Más marcadas por la tarde.

B Mencione si existen variaciones diurnas de la enfermedad mencione el grado con que se presentan.

Si no existe anotar el número 0.

0= Ninguna.

1= Moderadas.

2= Marcadas.

---

19.- Despersonalización y desrealización ( Enajenación, sensación de irrealidad).

0= No existe.

1= Leve.

2= Mediana.

3= Severa.

4= Extrema ( el paciente es incapaz de manejarse a sí mismo).

---

20.- Síntomas paranoides.

0= Ninguno.

1= Desconfianza.

2= Ideas de referencia.

3= Delirio de referencia y de persecución.

---

21.- Síntomas compulsivos.

0= Ninguno.

1= Leves.

2= Severos.

El psiquiatra inglés M. Hamilton ha llevado a cabo intento de cuantificar el síndrome depresivo con la ayuda de análisis estadísticos de los síntomas depresivos descritos.

En la escala de Hamilton representada aquí, el médico hace una evaluación en una escala descendente, empleando síntomas, 17depresivos típicos durante la exploración con objeto de enjuiciar la depresión en forma objetiva. Adicionalmente se emplean otros 4 criterios relevantes desde el punto de vista del diagnóstico diferencial para la valoración de la sintomatología psicopatológica. Las valoraciones individuales de los 17 síntomas depresivos psíquicos, son sumadas y se resumen en un "score" ( valor total). Una puntuación superior a diez, indica la presencia de un síndrome depresivo. Este cuestionario se ha acreditado no sólo para diagnosticar por primera vez un síndrome depresivo, sino también para controlar el curso del tratamiento del mismo cuando se emplean antidepresivos.

## Cédula de Recolección de Datos

Fecha de inicio.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Biometría Hemática												
Coproparasitoscópico												
P.F.H.												
Colon por Enema												
Endoscopia												

Depresión												
&												
Enf. Orgánica												

Siguiendo												
Control												
por 1 año												