



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF NO. 8 SAN ÁNGEL**

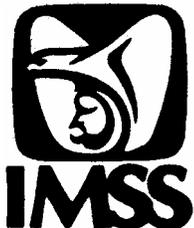
**ASOCIACIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO
IRRITABLE CON COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD
FAMILIAR**

TESIS DE POSGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. SANTAOLAYA RAMÍREZ TATIANA



MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**ASOCIACIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR**

TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TATIANA SANTAOLAYA RAMÍREZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL OCTAVIO SILVA BERMUDEZ
DIRECTOR DEL HGZ / UMF # 8 "SAN ÁNGEL".

COASESOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
DRA. BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR DE LA
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ / UMF # 8 "SAN ÁNGEL".

ASESOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
DR. EDUARDO GONZÁLEZ MONTOYA
MEDICO FAMILIAR Y GERIATRA
ADSCRITO AL HGZ / UMF # 8.

ASESOR METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN
DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO.
MEDICO FAMILIAR
ADSCRITO AL HGZ / UMF # 8.

REVISOR DE TESIS
DRA. PATRICIA OROPEZA MARTÍNEZ
HEMATÓLOGA
ADSCRITA AL HGZ / UMF # 8.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Marco Teórico	8
Objetivo de Estudio	33
Material y Métodos	34
Consideraciones Éticas	49
Resultados	50
Discusión	74

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Conclusiones	78
Referencias	79
Anexos	81

RESUMEN.

Demostrar si existe una asociación del Síndrome de Intestino Irritable (SII) con la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar en pacientes con dicha entidad, con la finalidad de detectar alteraciones en el núcleo familiar que puedan repercutir en la exacerbación o recurrencia de este padecimiento, lo cual le permitirá al médico detectar factores de riesgo y brindar un manejo integral y oportuno que contemple al paciente y a su familia como una entidad holística.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, prolectivo, transversal, observacional y descriptivo que incluyó a 111 pacientes (85 mujeres y 26 hombres) con SII que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar, durante el periodo comprendido de Diciembre del 2006 a Febrero del 2007, tomando como variables al SII, Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES).

RESULTADOS

La prueba de Pearson reportó un grado de significancia para la Cohesión de 0.516 ($p > 0.05$) y para la Adaptabilidad de 0.013 ($p < 0.05$), por lo que no hay una asociación entre SII y Cohesión, pero sí entre SII y Adaptabilidad Familiar.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados podemos decir que la gran mayoría de los pacientes con SII pertenece a familias con mejor cohesión y extrema adaptabilidad, por lo que las alteraciones en esta última sí pueden estar relacionadas con la exacerbación y recurrencia de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE Síndrome de Intestino Irritable (SII), Escala para Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES)

ABSTRACT

To determinate if we could associate the Irritable bowel syndrome (IBS) and Family Adaptation and Cohesion Scales (FACES), in the Irritable bowel syndrome's patients with the purpose of detecting alterations in the familiar nucleus can repel in making worse or resorting this suffering, which will allow the doctor to detect risk factors and offer a completely and timely handling that contemplates the patient and his family like a holistic unity.

MATERIAL AND METHODS

The investigation design was prolectivo-prospective-transversal-descriptive-observational that included 111 patients (85 women and 26 men) with IBS, they came outside to the Family Medicine evaluation, during the period between December 2006 to February 2007, the variables were taken of this investigation, were the IBS and Family Adaptation and Cohesion Scales (FACES).

RESULTS

The test of Pearson reports a mean degree of Cohesion 0,516 ($p > 0, 05$) and Adaptability of 0,013 ($p < 0, 05$), so there isn't association between IBS and Cohesion, but there is association between IBS and Family Adaptation.

CONCLUSION

According with results, we determined, that most of the patients with IBS have a better cohesion and extreme families, so that the alterations in extreme adaptable families could be related to, making worse or resorting this illness.

KEY WORDS: Irritable bowel syndrome (SII), Cohesion and Family Adaptation and Cohesion Scales (FACES).

1. INTRODUCCIÓN.

La prevalencia del síndrome de intestino irritable (SII) es muy elevada, lo cual tiene una gran repercusión sanitaria, social y económica. Dicha prevalencia oscila entre un 5 y un 20% dependiendo de la población estudiada y los criterios diagnósticos empleados (1).

En Latinoamérica, en estudios basados en la comunidad la prevalencia de SII en Brasil, Colombia, México y Uruguay oscilo entre el 9 -18%. La edad de presentación de los pacientes con SII tiene un amplio rango de 16 a 89 años, con promedio de 42 años. La distribución por sexos es de 2 a 4 mujeres por cada varón, y afecta aproximadamente a un 15% de las mujeres y aun 5% de los varones. Según las encuestas, sólo entre el 10 y el 50% de las personas que presentan SII consultan al médico. Entre los que buscan atención médica, el 61-71% son mujeres y entre 29 y el 39% son varones.

Aunque solo una proporción de los pacientes solicita atención medica, el SII es la causa más frecuente de consulta para el gastroenterólogo con el 38% y el 12% de las consultas del medico general, siendo en esta ultima más común que la hipertensión arterial (10%), el asma (4%) y que la enfermedad coronaria (2%). (2, 3)

En México, a los pacientes con SII se les efectúan en promedio 5 estudios de laboratorio y gabinete antes de llegar al diagnostico, y se realiza un promedio de 6 estudios anuales posteriormente. (4,5).

Cabe mencionar que los pacientes con SII, tienen una mayor probabilidad de verse sometidos a cirugías abdominales, especialmente apendicetomías, colecistectomías e hysterectomías. (2,6)

Como podemos ver el SII produce altos costos directos (visitas al médico, hospitalizaciones, pruebas diagnosticas y el coste de los medicamentos) e indirectos (ausentismo laboral, baja productividad). Así como los costes intangibles derivados del deterioro de la calidad de vida del enfermo. (3, 6).

1.1. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII):

El SII fue descrito por primera vez en 1812 por el médico inglés William Powell. A lo largo del tiempo se le ha denominado de distintas formas: colitis mucosa, colon espástico, colitis nerviosa y colon irritable. Actualmente se acepta que el término SII es el más adecuado para describir una serie de trastornos que afectan todo el tracto digestivo (2, 3,7).

El SII se caracteriza por malestar o dolor abdominal crónico, recurrente, asociado a alteraciones de la evacuación intestinal, ya sea diarrea, estreñimiento o alternancia en estas alteraciones sin evidencia de daño morfológico o bioquímico en tubo digestivo y con un examen físico normal (2)

1.1.1 FISIOPATOLOGÍA:

El SII es un trastorno funcional. “Funcional” contrario a “orgánico”, se refiere a la ausencia de lesión anatómica o bioquímica detectables con las técnicas existentes en la actualidad (8).

Por lo que su fisiopatología es compleja, heterogénea y solo parcialmente entendida. Ya que se busca encontrar explicaciones para síntomas que, al mismo tiempo que carecen de un sustrato orgánico evidente, tienen expresiones clínicas tan opuestas como son la diarrea y el estreñimiento.

Múltiples factores contribuyen para el desarrollo y las manifestaciones clínicas de la entidad. Actualmente, los mecanismos propuestos implican alteraciones en la

sensibilidad visceral y en la motilidad intestinal, así como la presencia de factores psicosociales.

También se ha ido reconociendo progresivamente el relevante papel que desempeñan los mediadores de la inflamación y de la serotonina entérica en el proceso de sensibilidad visceral y en las alteraciones motoras observadas en pacientes con SII. (2).

Fisiopatología de la hipersensibilidad visceral.

Estudios con distensión de pequeños balones dentro del recto o del colon han demostrado que los pacientes con SII se quejan de dolor, con volumen y presión menores que los controles normales, un fenómeno que se ha denominado hipersensibilidad visceral. Y que fue descrito por primera vez en 1973 por Ritchie y col. (7, 8).

El cual es observado en cerca del 50 al 60% de los pacientes con SII y se interpreta como una alteración en el procesamiento de la sensibilidad. Para que se de el fenómeno de la hipersensibilidad visceral una posibilidad teórica sería que se produjeran alteraciones en la función en las diferentes áreas de procesamiento de la información sensitiva, es decir, tanto en el sistema nervioso entérico como en la médula o en los centros más altos del SNC. Sin embargo las alteraciones de la sensibilidad suceden simultáneamente en los 3 niveles. La expresión “eje cerebro-intestino” se creó para describir esta relación directa entre el SNC y el tubo digestivo: acontecimientos importantes que se originan en el SNC, a través de la percepción por los órganos de los sentidos

y por las emociones, pueden interferir en la función del aparato digestivo, del mismo modo que enfermedades intestinales pueden provocar reacciones relevantes en el SNC (p.ej. depresión o ansiedad provocadas por una infección intestinal). (2)

Por lo menos 4 mecanismos bien fundamentados han sido propuestos para explicar la hipersensibilidad visceral: Aumento de la sensibilidad en órgano blanco; hiperexcitabilidad espinal; hiperbaralgesia secundaria a cambios de neuroplasticidad; y/o alteraciones en los sistemas moduladores endógenos del dolor a nivel central. (8)

Algunos autores han sugerido que una hipervigilancia más que una hipersensibilidad visceral real podría ser la responsable del bajo umbral para el dolor en los pacientes con SII (7). Finalmente, la hipersensibilidad visceral es más consistente entre las pacientes del género femenino y esta diferencia puede ser una de las explicaciones de la mayor prevalencia del SII entre las mujeres (8).

Fisiopatología de las alteraciones de la motilidad intestinal.

Las diferentes alteraciones encontradas tienen pobre correlación con los síntomas del paciente (3). Ya que cualitativamente, parece no haber alteraciones motoras específicas del SII. Por lo tanto, resulta difícil entender cómo algunos pacientes presentan una aceleración del tránsito del colon, expresado clínicamente por evacuaciones con diarrea, mientras que en otros está disminuido y presentan estreñimiento, y en un tercer grupo se alternan estos 2 síntomas.

La alteración motora más constantemente observada en el SII es la presencia de una respuesta motora exacerbada a varios estímulos, tales como ingestión de alimentos, estrés psicológico, distensión del intestino con balón, colecistoquinina, hormona liberadora de corticotropina y fármacos colinérgicos. Los mecanismos involucrados con la hiperreactividad motora parecen estar relacionados con el funcionamiento de las interrelaciones entre el sistema nervioso entérico y las fibras musculares lisas del tubo digestivo (2).

Papel de la infección e inflamación en la patogenia del SII.

Existe evidencia científica de que la inflamación de la mucosa intestinal o de los plexos nerviosos inicia o contribuye a los síntomas asociados con el SII. Las citoquinas inflamatorias de la mucosa pueden activar la sensibilización periférica o la hipermotilidad. (7).

Aproximadamente entre el 6 y el 30% de los pacientes con SII señalaron que sus síntomas se habían iniciado después de un episodio de infección intestinal aguda. Esta observación apoya la hipótesis de que en un subgrupo de pacientes con SII los síntomas pueden ser debidos a alteraciones funcionales relacionadas con el proceso inflamatorio provocado por las bacterias patógenas del intestino. (2, 3).

Algunos agentes infecciosos relacionados con el SII post-infeccioso incluyen bacterias (*Campylobacter*, *Salmonella*) y parásitos (*Trichinella spiralis*). (9)

Recientemente en pacientes con SII post infección se observó un aumento de células enterocromafines, que producen más 5HT y CD3 que liberan más citocinas, lo que altera el umbral visceral por un periodo de hasta un año después del episodio de infección. (2, 9).

Otros estudios demuestran que acontecimientos psicosociales en el momento que los pacientes presentan un cuadro de diarrea infecciosa tienen una influencia significativa en el desenlace clínico al actuar como factores de perpetuación de los síntomas de SII. (7)

Los siguientes son factores de riesgo para el desarrollo de SII post infeccioso: virulencia del agente patógeno, edad joven, sexo femenino, la duración del episodio infeccioso (mayor de 7 días), la hipocondriasis, el estrés en el momento del cuadro infeccioso y factores bacterianos mal definidos. El 50% de los pacientes con SII post infección se recupera a los seis años comparados con el 31% del SII inespecífico. (2,3)

Alteración de la neurotransmisión:

Algunos estudios recientes sugieren que los neurotransmisores pueden estar implicados en la patogénesis del SII. (7).

Un importante mediador de la sensibilidad visceral y la actividad motora a nivel intestinal es la serotonina o 5 hidroxitriptamina (5HT). En pacientes con SII se han demostrado niveles elevados de este neurotransmisor. (8)

El 95% de la serotonina está en el tracto gastrointestinal, principalmente en las células enterocromafines (90%) y en menor proporción (10%) en las neuronas entéricas. Hay por lo menos 14 clases de receptores de 5HT con diversas funciones tanto en el SNC y SNP. En el SII los principales receptores son los 5HT₃ y 5HT₄ (2,3). Cuando se libera por las células enterocromafines la serotonina estimula fibras entéricas intrínsecas aferentes, produciendo respuestas fisiológicas como la secreción intestinal y los reflejos peristálticos y síntomas como náusea, vomito, dolor abdominal y distensión abdominal. (7)

Todo lo anterior apoya la importancia de este neurotransmisor en las manifestaciones clínicas del SII. (8).

Otros neurotransmisores que pueden tener un papel importante en las alteraciones funcionales del intestino son el péptido ligado a la calcitonina, la acetilcolina, la sustancia P, el óxido nítrico y el péptido intestinal vasoactivo. Estos neurotransmisores pueden establecer uniones no solamente entre la contractibilidad del intestino y la sensibilidad visceral sino también a nivel intestinal y el SNC. (7)

Papel de los acontecimientos psicosociales:

El SII además de ser considerado como una alteración funcional del intestino es visto igualmente como una alteración biopsicosocial, dado que en el interactúan diferentes factores como los cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos.

Los primeros incluyen el “comportamiento enfermizo” y “malas técnicas de adaptación a la enfermedad”. Los emocionales en los que se incluyen la ansiedad y la depresión son detectados entre el 40% - 60% de los pacientes. Entre los conductuales se mencionan situaciones estresantes o traumáticas de la historia comportamental del sujeto que pueden desencadenar el primer episodio de la enfermedad o producir la exacerbación de los síntomas. (10). Los pacientes con SII tienen más posibilidades de tener síntomas psiquiátricos como somatización, depresión y ansiedad, si se comparan con personas que nunca hayan buscado tratamiento médico por problemas intestinales. (7)

Algunos estudios refieren que la mayoría de los pacientes con SII son personas que se irritan con frecuencia, que tienen dificultad para tomar decisiones, que han experimentado fatiga, pérdida de energía, taquicardia, agitación, preocupación y ansiedad en exceso, quietudes y sobresaltos, sensaciones de ahogo o falta de aliento además de mareos, dolor de cabeza y contractura muscular. En síntesis parecieran ser personas con elevados niveles de ansiedad y estrés. (3 y 10).

Tomadas globalmente las diferentes alteraciones, con la evidencia disponible se puede concluir que lo más probable es que las diferentes alteraciones mencionadas, así como los elementos del medio ambiente, interactúen en forma variable y desencadenen la aparición del SII. Se ignora hasta el momento la contribución de cada factor en la génesis de la entidad. (3).

1.1.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Los síntomas predominantes en el SII, son el dolor o malestar abdominal que se alivian con la defecación acompañados por cambios en la frecuencia o consistencia de las heces. El dolor abdominal puede ser generalizado o localizado y usualmente se produce en el abdomen inferior.

Las alteraciones en la consistencia de las evacuaciones pueden alternar entre diarrea y estreñimiento. Dichos síntomas frecuentemente se asocian o se exacerban con el estrés, alcohol o algunos alimentos.

También es común que los pacientes con SII tengan molestias durante la defecación tales como urgencia, esfuerzo o sensación de evacuación incompleta. Otros síntomas característicos son la sensación de distensión abdominal y la expulsión de moco en las heces. (1).

1.1.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

El SII se consideró, hasta hace poco tiempo, un diagnóstico de exclusión, dado su carácter de síndrome o trastorno funcional caracterizado por la ausencia de daño estructural demostrable o de alteración evidente mediante los métodos habituales de estudio en un paciente con síntomas digestivos.

Por estos motivos se han intentado establecer una serie de criterios para agrupar los diferentes síntomas y poder realizar un diagnóstico positivo del síndrome (2).

La descripción operativa de los criterios diagnósticos se inicia con Manning, et al, quienes describieron sus criterios en 1978. Los cuales son el resultado de un análisis estadístico de prevalencia y frecuencia de aparición de síntomas en un grupo de pacientes con diagnóstico muy probable de SII, y se centran en la presencia de dolor, distensión y aparición de cambios en las características de las evacuaciones.

Tabla 1

CRITERIOS DE MANNING
<p>Cuatro síntomas estadísticamente más frecuentes en SII:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Evacuación asociada al inicio del dolor.b) Borborismo asociado al inicio del dolor.c) Dolor que mejora con la deposiciónd) Distensión abdominal visible. <p>Dos síntomas frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Mucorrea.b) Sensación de evacuación incompleta.

Posteriormente, en 1992 se reunió en Roma un grupo de trabajo internacional que publicó los resultados de un consenso de definiciones de los trastornos funcionales del aparato digestivo, dentro de los cuales está el SII, y que definió para éste criterios más precisos, conocidos como Criterios de Roma I.

Estos criterios se modificaron en 1999 con el fin de precisar aún más la definición de SII, dando paso a los criterios de Roma II, los más utilizados hasta

el momento, y que en estudios de investigación han demostrado ser más sensibles y específicos que los de Manning. (1 y 2)

Tabla 2

CRITERIOS DE ROMA II
<p>Síntomas durante 12 semanas, no necesariamente consecutivas en los últimos 12 meses de malestar y/o dolor abdominal y 2 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Dolor que mejora con la defecación.b) Inicio asociado con cambios en la frecuencia de la defecación.c) Inicio con cambios en la consistencia de la materia fecal. <p>Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico en forma acumulativa:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Deposición anormal con una frecuencia superior a 3 al día o menos de 3 a la semana.b) Consistencia anormal (dura o blanda-liquida).c) Urgencia para defecar, evacuación incompleta.d) Deposición con moco.e) Sensación de plenitud, distensión abdominal.

Los criterios diagnósticos de Roma II establecen los 3 subtipos de SII, dependiendo de cuál sea el hábito deposicional predominante:

- 1) SII - Estreñimiento.
- 2) SII - Diarrea.
- 3) SII – Alternante (cuando alternan períodos de estreñimiento y diarrea).

No obstante, estas características no siempre se mantienen estables con el tiempo. (1, 7, 11).

1.1.4 DIAGNÓSTICO:

El proceso diagnóstico se inicia con la comprobación de la presencia de los criterios diagnósticos (Manning et al o Roma II), conjuntamente con una excelente historia clínica y examen físico negativo en un paciente sin signos de enfermedad orgánica evidente.

De acuerdo con el American Collage of Gastroenterology es innecesario realizar pruebas diagnósticas adicionales a menos de que exista cualquiera de las siguientes manifestaciones de alarma. Tabla 3.

Tabla 3.

SIGNOS DE ALARMA EN EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE	
Historia	Pérdida de peso, inicio en un paciente mayor de 50 años, síntomas nocturnos e historia familiar de cáncer o enfermedad inflamatoria intestinal.
Laboratorio	Hemoglobina baja, aumento de los leucocitos, aumento de la velocidad de sedimentación o química anormal.
Hallazgos físicos	Anormalidad en el examen, fiebre y sangre oculta en las deposiciones.

En resumen, el uso de los criterios de Roma II y la ausencia de signos de alarma permiten llegar al diagnóstico de inclusión de SII. (2, 3).

1.1.5 TRATAMIENTO:

El tratamiento del SII debe iniciarse estableciendo una buena relación médico paciente, debe ser integral e incluir recomendaciones para una posible modificación del estilo de vida.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico debe estar enfocado según los síntomas predominantes, el motivo de consulta y el grado de afectación de la calidad de vida del paciente. El tratamiento de los pacientes con SII según el síntoma predominante se muestra en la tabla 4.

Tabla 4.

TRATAMIENTO DE SII	
Dolor predominante	Antiespasmódicos (relajantes de músculo liso). Antidepresivos tricíclicos. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
Diarrea predominante	Agonistas opiodes (loperamida, difenoxilato). Colestiramina. Alosetrón.
Estreñimiento predominante	Fibra. Laxantes. Tegaserod.

Antiespasmódicos y relajantes musculares:

Estos medicamentos al relajar el músculo liso intestinal disminuyen el dolor y los síntomas asociados al espasmo.

Clases de antiespasmódicos:

1. Antimuscarínicos no específicos:

Bloquean los receptores muscarínicos e impiden la acción de la acetilcolina sobre el músculo liso (gastrointestinal y genitourinario), reduciendo el tono muscular, la amplitud y frecuencia de las contracciones.

Ejem: Atropina, hioscina, hiosciamina, dicyclomina, homatropina y propinoxato.

2. Antimuscarínicos específicos:

Se absorben mal a través de la mucosa y de esta manera actúan en el músculo liso intestinal exclusivamente.

Ejem: Bromuro de ipratropio, bromuro de pinaverio y bromido de octilonio (los dos últimos también bloquean canales de calcio).

3. Bloqueadores de calcio:

Inhiben los canales de calcio relajando el músculo liso gastrointestinal.

Ejem: Bromuro de pinaverio y bromuro de octilonio.

4. Opiáceos:

Trimebutina se une a receptores μ , λ , δ , modulando la actividad colinérgica y adrenérgica en el músculo liso intestinal, reduciendo la actividad colónica inducida por el estrés y acelera el tránsito intestinal en pacientes con estreñimiento.

5. Antiespasmódicos sin acción anticolinérgica:

Mebeverina actúa como antiespasmódico bloqueando los canales de sodio que permiten la entrada de calcio.

Antidepresivos tricíclicos.

En dosis bajas han demostrado eficacia superior a placebo para aliviar el dolor abdominal. Tienen propiedades anticolinérgicas que enlentecen el tránsito intestinal por lo que se pueden emplear en SII con predominio de diarrea.

Ejem: Desipramina, amitriptilina, trimipramina, nortriptilina, imipramina y doxepina.

Antidiarreicos:

Disminuyen la motilidad intestinal y aumentan la reabsorción de agua y electrolitos.

1. Agonistas opioides:

Loperamida:

Opiáceo sintético que disminuye el tránsito intestinal actuando sobre el músculo liso longitudinal y circular del intestino, aumenta la absorción de agua y iones, mejora la consistencia de las heces e incrementa el tono del esfínter anal.

Difenoxilato:

Reduce la frecuencia y urgencia de las evacuaciones, pero al contener atropina puede producir efectos adversos en pacientes con glaucoma, disfunción vesical o taquicardia, por lo que se recomienda únicamente en pacientes que no toleren loperamida.

2. Colestiramina y colestipol:

Medicamentos secuestradores de sales biliares, son de utilidad en pacientes con SII con diarrea y con alteración del metabolismo de las sales biliares.

Antagonistas del receptor 5-HT₃ de la serotonina:

El antagonismo de los receptores 5-HT₃ en la zona intestinal reduce el dolor visceral, retrasa el tránsito colónico y mejora la absorción en el intestino delgado.

Están indicados principalmente en mujeres con SII con predominio de diarrea.

Ejem: Cilansetrón y alosetrón.

Agentes formadores de masa:

Hasta el momento la fibra y los agentes que aumentan el volumen intestinal no han demostrado tener un beneficio terapéutico, incluso pueden aumentar el dolor, la distensión y el meteorismo, y su indicación sería sólo para ayudar con mejorar el estreñimiento.

Laxantes:

Los laxantes osmóticos o salinos deben usarse como último recurso terapéutico del estreñimiento.

Agonistas 5HT₄ de la serotonina:

Tienen efectos procinéticos en el estómago, intestino delgado y colon, y acciones nociceptivas viscerales

Ejem: El Tegaserod, el agonista parcial de los receptores 5HT4 es efectivo y seguro en pacientes con SII con predominio de estreñimiento. (12)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

Cambios en la dieta:

Eliminar o disminuir la ingesta de lácteos y grasas; evitar la cafeína, el alcohol y los edulcorantes artificiales que contengan sorbitol; mantener una ingesta adecuada de fibra dietética; evitar las legumbres, que contienen hidratos de carbono fermentables poco digestivos

Terapia psicológica:

Las terapias psicológicas más utilizadas son la cognitiva, la conductual, la dinámica multicomponente, con técnicas de manejo de estrés e hipnosis.

TRATAMIENTO NO CONVENCIONAL:

Probióticos:

Se ha reportado que disminuyen el dolor y la flatulencia en pacientes con SII.

Son pocos los estudios realizados al respecto por lo que se requieren más datos para sacar conclusiones definitivas. (1, 2, 3).

1.1.6 LA FAMILIA:

Concepto de familia (desde la perspectiva del médico familiar):

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se le ubique. Siendo la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud enfermedad. (13)

Clasificación de las familias:

La familia se clasifica de distintas maneras, una de ellas es en base a su composición y estructura:

- 1) Familia Nuclear: También llamada completa, es aquella formada por un padre, una madre e hijos.

- 2) Familiar Nuclear Extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o de afinidad en la cual pueden existir 3 generaciones (ejemplo: abuelos, tíos, primos, etc.).

- 3) Familia Extensa Compuesta: Además de la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal o consanguíneo, como es el caso de amigos y compadres. (14)

Funciones de la familia:

Como señala Hennen, las familias tienen que atender a cinco funciones básicas que deben ser asumidas en cualquier momento de su evolución histórica, si bien algunas de ellas tienen mayor significación según la etapa del ciclo vital en la que se encuentren. (15)

Estas cinco funciones son:

- 1) Socialización: Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la replica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- 2) Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- 3) Cuidado: Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.

- 4) Estatus: Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- 5) Reproducción y ejercicio de su sexualidad: Provisión de nuevos miembros a la sociedad. (13, 16).

1.1.7 LA FAMILIA COMO DETERMINANTE DE SALUD ENFERMEDAD.

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por lo que el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente.

La enfermedad que sufre un individuo puede afectar dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar, del mismo modo que el grupo familiar influye en la salud de sus integrantes. Por ello, ante la enfermedad del paciente en el contexto de sus características físicas, emocionales y sociales, estas no deben ser consideradas separadamente, ya que no existen estados patológicos que carezcan de implicaciones emocionales y sociales en su etiología o repercusiones en su manejo. Asimismo, son muy raros los trastornos sociales que no afectan de algún modo el funcionamiento orgánico del individuo. En ocasiones una de estas áreas es dominante, por lo que se debe poner mayor énfasis en ella; en otros casos, sin embargo, el médico científico con formación humanística debe prestar la misma atención a todas ellas en cada uno de sus pacientes. (16)

Tal es el caso del SII, que además de ser considerado como una alteración funcional del intestino es visto igualmente como una alteración biopsicosocial, dado que en él interactúan diferentes factores como los cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos. (10).

De acuerdo con estudios realizados en pacientes con SII muchos de ellos refieren historias de traumas emocionales, como son el maltrato físico, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la muerte de un ser querido, la separación o divorcio de sus padres, la falta de adaptación a situaciones ambientales y otras situaciones que ocurrieron durante la niñez o adolescencia. (2)

Se sabe que un gran número de problemas psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar, y muchos hiperutilizadores de servicios sanitarios lo son porque viven en familias en desequilibrio “patológico” (15).

Es importante reconocer esta asociación porque a menudo algunos pacientes con SII con síntomas de moderados a graves y con trastornos psicológicos o psiquiátricos concomitantes son los que más consultan y en quienes las medidas sintomáticas convencionales son menos eficaces. (2)

Es lógico que estos miembros sintomáticos de la familia disfuncional acudan al médico, más aun si tenemos en cuenta que el sistema sanitario es uno de los principales recursos extrafamiliares al que recurren los individuos en nuestro

modelo socio cultural. Por ello sería conveniente que el médico evaluara la función familiar ante síntomas sugerentes de disfunción. (15)

1.1.8 EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR:

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta ya que solamente se miden aspectos parciales de la misma. (13).

Por lo que en la actualidad se dispone de varios instrumentos para la evaluación de las familias, como la entrevista clínica, el genograma, el estudio del ciclo vital, el Apgar familiar, el FACES III o cuestionarios para medir el apoyo social entre otros.

Sin embargo cada uno de ellos tiene indicaciones precisas para su aplicación. Por lo que es indispensable que los profesionales de la salud tengan una plena certeza de que el instrumento que van a usar mida lo que se espera medir, y que este proceso sea congruente con las expectativas, ya sean clínicas o de investigación que busca quien lo va a aplicar. (17)

1.1.9 FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales):

FACES III es un instrumento creado por Olson y cols, para la evaluación de las familias con fines terapéuticos y dentro del marco del Modelo Circunflejo. Cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas (Ver anexo 2).

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento. (17)

Cabe mencionar que la **cohesión** se define como “los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan”; en tanto que la **adaptabilidad** familiar es “la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo”. (18).

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (Cohesión y Adaptabilidad).

Sin embargo, los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango

medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.

Según el modelo circunflejo, las familias con niveles medios de cohesión y adaptabilidad familiar son las más ajustadas o funcionales. (17).

Las condiciones para la aplicación del FACES III son: Adultos que sepan leer y escribir, cuyas familias estén compuestas por padre, madre e hijos (19)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Existe una asociación entre Síndrome de Colon Irritable con Cohesión y Adaptabilidad Familiar?

1.3 JUSTIFICACIÓN:

En México como en otras partes del mundo el SII es el motivo más frecuente de consulta para el gastroenterólogo (con el 38%), y para el médico familiar representa una de las principales causas de consulta, siendo más frecuente que algunos padecimientos crónicos tales como la hipertensión arterial, el asma y que la enfermedad coronaria.

Tan solo en el periodo comprendido del mes de enero a diciembre del 2006, en la consulta externa de la UMF # 8 se atendieron en promedio 1963 pacientes con SII.

En México, a los pacientes con SII se les efectúan en promedio 5 estudios de laboratorio y gabinete antes de llegar al diagnóstico. Y tienen una alta probabilidad de verse sometidos a cirugías abdominales. Todo lo cual genera un alto costo a los pacientes y a los sistemas de salud.

Actualmente existen varias teorías que buscan explicar la génesis de este padecimiento, que van desde los procesos infecciosos como desencadenantes de la enfermedad hasta los aspectos psicológicos del paciente tales como la

depresión y la ansiedad. También se propone que el estrés es una de las causas principales de la exacerbación de este padecimiento.

Hasta la fecha mucho se ha escrito de su relación con los aspectos psicológicos, y actualmente se cuenta con estudios confiables que corroboran su asociación con tales padecimientos. Sin embargo hay que tener presente que la familia juega un papel fundamental en los aspectos psicosociales de los pacientes y en el proceso de salud enfermedad.

Ya que la familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por lo que el buen o mal funcionamiento de la misma es un factor clave en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades.

Las alteraciones en el funcionamiento familiar pueden generar estrés entre sus miembros y ser causa o un factor detonante de padecimientos, tales como la depresión y la ansiedad. Los cuales se sabe, pueden estar presentes en pacientes con SII.

Por lo cual frente a esta problemática, bajo la premisa fundamental de la medicina familiar de atender los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, surge la necesidad de contemplar a los pacientes con SII como una entidad holística.

1.4 OBJETIVOS.

Los objetivos del presente trabajo fueron:

1.4.1. Objetivo General: Determinar la asociación entre SII con Cohesión y Adaptabilidad Familiar

1.4.2. Objetivos Específicos:

1. Determinar por género la frecuencia de SII.
2. Evaluar la cohesión familiar en pacientes con SII.
3. Evaluar la adaptabilidad familiar en pacientes con SII.
4. Determinar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con SII.
5. Basándonos en los resultados que se obtengan, plantear alternativas para la atención integral del paciente con SII, que busquen fortalecer el apoyo y los lazos familiares.

1.5 HIPÓTESIS:

1.5.1 Hipótesis Nula (Ho):

El síndrome de colon irritable **no** se asocia con alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar.

1.5.2. Hipótesis Alterna (H1):

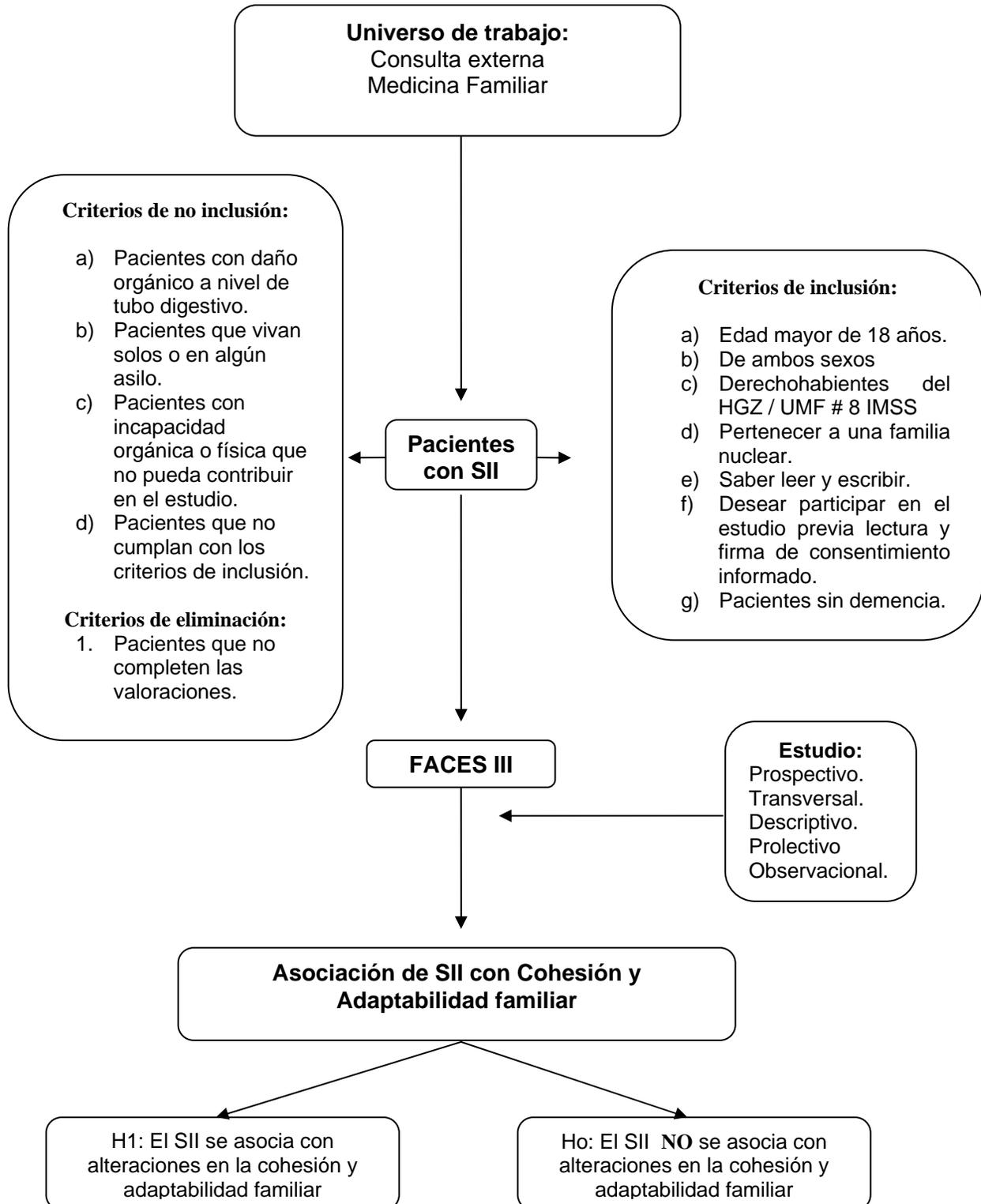
El síndrome de colon irritable se asocia con alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar.

2. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1. TIPO DE ESTUDIO:

- a) Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de información se trata de un estudio **Prospectivo**.
- b) Según el método de recolección de la información (entrevista directa) es de tipo **Prolectivo**.
- c) Según el número de mediciones de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio es de tipo **Transversal**.
- d) Según la intervención del investigador (control de las variables) en el desarrollo de los resultados es **Observacional**.
- e) Según el análisis y alcance de los resultados obtenidos es de tipo **Descriptivo**.

2.2.0. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO



2.3.0 POBLACIÓN.

El universo de estudio fue: Pacientes con Síndrome de Colon Irritable, de ambos sexos (masculino, femenino), mayores de 18 años de edad, derechohabientes del HGZ / UMF # 8 del IMSS.

2.3.1 LUGAR.

El estudio se realizó en la Consulta Externa de Medicina Familiar, ambos turnos (matutino y vespertino), del HGZ / UMF # 8 del IMSS; ubicado en Río Magdalena número 289, Colonia Tizapán, San Ángel.

2.3.2 TIEMPO.

Se aplicaron los instrumentos de evaluación durante el periodo comprendido de Diciembre del 2006 a Febrero del 2007. (Ver cronograma de actividades).

2.4.0 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se determinó el tamaño de la muestra con la fórmula para estimar proporciones (diseñada para un universo menor de 10 000 datos).

En donde empleando la fórmula mencionada y substituyendo los valores obtuvimos una muestra de:

n = 111 pacientes.

2.5.0 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Los criterios para incluir a los pacientes fueron:

- a) Pacientes con síndrome de colon irritable (Roma II).
- b) Mayores de 18 años de edad.
- c) De ambos sexos (masculino, femenino).
- d) Derechohabientes del IMSS de la UMF del HGZ número 8.
- e) Pacientes que pertenezcan a una familia nuclear.
- f) Pacientes que sepan leer y escribir.
- g) Pacientes que deseen participar en el estudio previa lectura y firma de consentimiento informado.
- h) Pacientes sin demencia.

2.5.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- a) Pacientes que no cumplan con los criterios de Roma II.
- b) Todo paciente con daño orgánico a nivel de tubo digestivo.
- c) Pacientes que no cumplan la edad establecida.
- d) Pacientes no derechohabientes de la UMF del HGZ número 8 del IMSS.
- e) Pacientes que no sepan leer o escribir.
- f) Pacientes que vivan solos o en algún asilo.
- g) Pacientes que después de leer el consentimiento informado no acepten participar.

- h) Paciente con incapacidad orgánica o física que no pueda contribuir en el estudio.

2.5.2. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Quedaron excluidos del estudio los pacientes que no cumplieron con todas las valoraciones.

2.6.0. VARIABLES.

Se trabajo con tres variables: Pacientes con Síndrome de Intestino Irritable (variable independiente); Cohesión y Adaptabilidad Familiar (variables dependientes).

2.7.1 Variable Independiente:

Síndrome de colon irritable. (SII)

a) Definición conceptual:

- El SII se caracteriza por malestar o dolor abdominal crónico, recurrente, asociado a alteraciones de la evacuación intestinal, ya sea diarrea, estreñimiento o alternancia en estas alteraciones sin evidencia de daño morfológico, o bioquímica en tubo digestivo y con un examen físico normal.

b) Definición operacional:

- El uso de los criterios de Roma II y la ausencia de signos de alarma, conjuntamente con una excelente historia clínica y examen físico negativo

en un paciente sin signos de enfermedad orgánica evidente permiten llegar al diagnóstico de inclusión de SII.

c) Escala de medición operacional de la variable:

Criterios de Roma II (Ver anexo 1).

2.7.2. Variables Dependientes:

Cohesión familiar:

a) Definición conceptual:

- Se define como “los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan”.

b) Definición operacional:

- Para valorar la cohesión se propone el FACES III.

c) Escala de medición operacional de la variable:

Se propone el FACES III (Ver anexo 2)

Adaptabilidad:

a) Definición conceptual:

- Se define como “la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo”

b) Definición operacional:

- Para valorar la adaptabilidad se propone el FACES III.

c) Escala de medición operacional de la variable:

Se propone el FACES III (Ver anexo 2)

2.7.3 Otras variables:

Edad:

Se considera a los años transcurridos que una persona ha vivido desde el nacimiento. Es de tipo cuantitativa continua.

Indicadores: Números enteros.

Sexo:

Es la condición de los órganos sexuales que distingue a los organismos en macho y hembra. Es de tipo nominal dicotómica.

Indicadores: Masculino y Femenino.

Escolaridad:

Máximo grado de estudios que una persona acudió a la escuela. Es una variable nominal politómica.

Indicadores: Analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura.

Dieta:

Conjunto de alimentos que se consumen en un día. Variable nominal dicotómica.

Indicadores: Si ò No.

Tipo de familia:

Clasificación que se da a la familia, de acuerdo al parentesco que existe entre los integrantes de la misma. Es una variable Nominal Politémica.

Sus indicadores son: Nuclear, Nuclear extensa y Extensa compuesta.

2.8.0 DISEÑO ESTADÍSTICO.

El presente estudio se realizó con el propósito de investigar una posible asociación entre el SII con Cohesión y Adaptabilidad Familiar mediante la aplicación del FACES III.

Los resultados aportados por los instrumentos de evaluación y la hoja colectora de datos, fueron medidos de forma cualitativa nominal mediante el análisis de frecuencias y cuantitativa continua mediante medidas de tendencia central y de dispersión a una muestra obtenida por conveniencia.

Además se realizó el análisis estadístico de las siguientes variables:

Edad:

Como se trata de una variable cuantitativa continua, los resultados obtenidos fueron sometidos a pruebas de tendencia central y dispersión.

Sexo:

Variable cualitativa, nominal, dicotómica y excluyente que fue analizada por frecuencias.

Escolaridad:

Fue analizada por frecuencias ya que se trata de una variable nominal politómica.

Dieta:

Variable nominal dicotómica, por lo que se analizó mediante frecuencias.

2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable (en base a los criterios de Roma II), fueron captados en una libreta de registro, con el formato de hoja recolectora de datos (Ver anexo 3).

Para recolectar la información referente a la Cohesión y Adaptabilidad Familiar en pacientes con SII, empleamos el FACES III, que es un instrumento ampliamente validado (Ver anexo 2) y que consta de 20 ítems, que nos permiten clasificar a las familias en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas.

Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.

Según el modelo circunflejo, las familias con niveles medios de Cohesión y Adaptabilidad Familiar son las más ajustadas o funcionales.

2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

A) La población de estudio se obtuvo de pacientes con SII que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF número 8 del IMSS.

B) Para poder ser contemplado dentro de la población de estudio los pacientes con SII cumplieron con todos los criterios de inclusión.

B) Se informó a los pacientes con SII seleccionados acerca del estudio a realizar y la finalidad del mismo.

C) Si la persona aceptaba participar en el estudio se solicitaba por escrito su autorización mediante la Carta de Consentimiento Informado.

D) Posteriormente se aplicó en una sesión el FACES III (para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar). Y se registraron los datos del paciente en la Hoja recolectora de datos. En donde los tiempos para aplicar cada una de las escalas de evaluación fueron:

Escala o instrumento.	Tiempo.
1) Hoja colectora de datos	5 min.
2) FACES III	10 min.
TOTAL	15 min.

E) Los resultados se anotaron en una libreta de registro, con clave para cada paciente. En donde se consideraron cada una de las variables del estudio.

F) Posteriormente los datos fueron tabulados en una computadora, en una hoja de cálculo para su análisis estadístico (Paquete estadístico SPSS versión 12).

G) Finalmente se integraron los resultados obtenidos y se analizaron con la finalidad de cumplir con los objetivos de estudio.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SEGOS.

Se realizaron las siguientes maniobras para el control de sesgo:

1.- Se contó con un instrumento de medición previamente validado

(FACES III).

2.- La aplicación del mismo fue efectuada por personal capacitado para disminuir el sesgo por error humano.

3.- Los criterios de inclusión permitieron delimitar correctamente a la población objeto de estudio.

4.- Los criterios de exclusión eliminaron a quienes no deseaban participar o a quienes presentaban otra patología a nivel de tubo digestivo o demencia.

5.- Los criterios de eliminación nos permitieron ajustar nuestro tamaño de muestra a los posibles cambios.

6.- Se cuenta con una hoja de consentimiento informado para evitar cualquier coacción interna o externa que provocara falseamiento de la información.

7.- No existió remuneración económica ni de otro tipo que provocara intereses ajenos a la investigación.

9.- El cuestionario (FACES III) fue contestado de forma personal y anónima para evitar posibles manipulaciones de la información. (Anexo 2).

10.- Para controlar las diferencias situacionales todos los sujetos de estudio, fueron valorados en un espacio de tiempo y lugar (consultorio) similar, por el mismo personal (un médico).

2.12 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.

2.12.1 Plan de codificación de los datos:

Para facilitar el manejo de la información a cada una de las encuestas aplicadas se les asigno un número de folio; así mismo se trabajo con preguntas cerradas en donde a las respuestas se les asigno un valor (numérico) determinado para facilitar su proceso y análisis estadístico.

(Anexos 2 - 3)

2.12.2 Diseño y construcción de la base de datos:

Los resultados obtenidos fueron ordenados por folio, codificados y almacenados en una hoja de cálculo de Excel para construir la base de datos y posteriormente procesados en el paquete estadístico SPSS versión 12.

2.12.3 Análisis estadístico de los datos:

Para su análisis la base de datos fue procesada en el paquete estadístico SPSS versión 12. En donde algunos datos fueron medidos de forma cualitativa nominal mediante el análisis de frecuencias y cuantitativa continua mediante medidas de tendencia central y de dispersión.

Así mismo se empleo como prueba estadística el Coeficiente de Correlación Producto - Momento de Pearson, la cual es una prueba de asociación, en donde la función de la correlación de Pearson es determinar si existe una relación lineal entre dos variables, de manera que esta asociación no sea debida al azar, es decir que la relación sea estadísticamente significativa. (20)

2.13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2006- 2007

MES ACTIVIDAD	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Etapa de plantación del proyecto										
a) Marco teórico										
Antecedentes	X	X								
Planteamiento del problema		X								
Justificación		X								
Objetivos e Hipótesis		X								
b) Material y Métodos										
Tipo de estudio			X							
Diseño de investigación			X							
Población lugar y tiempo			X							
Muestra				X						
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.				X						
Variables (Definición conceptual - operativa)				X						
Diseño estadístico					X					
Instrumentos de recolección de datos					X	X				
Maniobras para evitar o controlar sesgos							X			
Recursos							X			
Consideraciones éticas								X		
Recolección de datos								X	X	X
Almacenamiento de los datos								X	X	X
Análisis de los datos										X
Descripción de los resultados										X
Discusión de los resultados										X
Conclusiones del estudio										X
Integración y revisión final										X
Reporte final										X
Autorizaciones										
Impresión del trabajo final										
Solicitud de examen de tesis										

2.14 RECURSOS.

Se utilizaron en la investigación los siguientes recursos:

2.13.1. Humanos:

1. Un medico realizador del proyecto.
2. Un asesor del proyecto.

2.13.2. Materiales y físicos:

1. Copias del FACES III (Anexo 2).
2. Cartas de consentimiento informado (Anexo 4).
3. Copias de la hoja de datos de recolección (anexo 3)
4. Plumas lápices.
5. Cronómetro.
6. Libreta de registro.
7. Una computadora (Word y Excel)
8. Hojas blancas.
9. Paquete estadístico SPSS versión 12.
10. Un consultorio con mesa de trabajo y luz suficiente.

2.13.3 Financiamiento del proyecto.

El financiamiento del estudio fue asumido por el investigador.

2. 15 CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO:

De acuerdo con lo señalado en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Art. 13, 14 y 21) en México (1987). Todos los candidatos a participar en el estudio fueron informados en forma clara y oportuna acerca de los propósitos del mismo; a los pacientes con SII que aceptaron formar parte de dicha investigación se les solicitó su autorización por escrito mediante la firma de la Carta de Consentimiento Informado; toda la información aportada por los mismos fue manejada de forma confidencial y con fines de investigación. (21 y 22).

3. RESULTADOS:

De acuerdo a la investigación obtuvimos los siguientes resultados, después de aplicar 111 cuestionarios.

GENERO:

De las 111 personas encuestadas, 26 fueron del género masculino y 85 del género femenino (grafica 1).

EDAD:

En relación a la edad observamos que la edad mínima de presentación de SII fue de 19 años y la máxima de 84 años de edad; siendo más frecuente en pacientes de 27 años de edad (grafica 2).

ESCOLARIDAD:

El estudio también nos arrojó, que del 100% de personas encuestadas el 14.4% terminaron la primaria, el 4.5% no concluyó la primaria, el 10.8% concluyó la secundaria, el 27.9 % la educación medio superior, el 22.5% concluyó con una licenciatura, y solo un 19.8% cuenta con un postgrado (grafica 3).

OCUPACIÓN:

Del 100% de los encuestados en el estudio nos menciona que el 2.7% es desempleado, un 25.2% se dedica al hogar, el 9% están estudiando, el 21.6% son profesionistas y el 41.4% restante son obreros, empleados o comerciantes (grafica 4).

ORIGEN Y RELIGIÓN:

El grueso de la población encuestada pertenece al DF o sus alrededores 72.1%, y el restante del interior de la república 27.9% (grafica 5).

Los resultados de la encuesta también nos arrojo que el 63.1% no tiene toxicomanías y el restante practica el tabaquismo o alcoholismo.

ESTADO CIVIL:

En relación al estado civil el estudio reporto que el 54.1% de los pacientes encuestados se encuentra casado; el 2.7% vive en unión libre; 5.4 % de los pacientes son divorciados; 36.0 % son solteros y solamente 1.8% son viudos. (grafica 6)

ESTUDIOS DE GABINETE:

Se encontró que al 15.3 % de los pacientes se les había realizado como estudio complementario el colon por enema antes de llegar al diagnóstico de SII, la rectosigmoidoscopia se le realizo de la misma forma a 1.8% de los pacientes, mientras que a 1.8% se les realizo colonoscopia. Cabe mencionar que al 81.1% de los pacientes no se les ha realizado ningún estudio y su diagnostico esta fundamentado en los Criterios de ROMA II (grafica 7).

SÍNTOMA PREDOMINANTE:

El estudio también arrojo que el síntoma predominante es el estreñimiento el cual se presenta en el 57.7% de los pacientes estudiados, en tanto que la

diarrea se presenta como síntoma predominante en un 15.3%, mientras que la forma alternante se presenta en un 27% (grafica 8).

MEDICAMENTOS EMPLEADOS:

De la población encuestada también, podemos distinguir que usan algún tipo de medicamento como puede ser Ranitidina 9.9%, Omeprazol 3.6%, Metoclopramida 10.8%, Psyllium plantago 5.4%, Senosidos 3.6% o alguna combinación de los antes mencionados el 44.1%; mientras que el 22.5% no emplea ningún medicamento (grafica 9).

DIETA:

De acuerdo con los resultados solo el 60.4% de los pacientes encuestados consume fibra; el 77% del total refiere ingerir irritantes en su dieta de forma habitual (café, chocolate, refresco, grasa, picante). Y algo que llama poderosamente la atención de los resultados obtenidos es que solo el 45.9% consume 2 litros de agua diariamente, y el restante 54.1 % no toma casi agua. (graficas 10, 11 y 12).

COHESIÓN FAMILIAR:

En relación a la Cohesión Familiar obtuvimos los siguientes resultados: De los 111 pacientes encuestados 4.5% pertenece a una familia no relacionada, 29.7% a una familia semirrelacionada, 45.9% a una familia relacionada y el 19.8% a una familia aglutinada (grafica 13).

ADAPTABILIDAD FAMILIAR:

En relación a la Adaptabilidad Familiar observamos que el 6.3% pertenece a una familia rígida, 21.6% a una familia estructurada, 20.7% a una familia flexible y el 51.4% a una familia caótica (grafica 14).

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD:

Al correlacionar los resultados obtenidos de estas dos variables observamos que, de los 111 pacientes encuestados 34 (30.6%) tuvieron mejor cohesión y adaptabilidad, 50 (45.0%) mejor cohesión y extrema adaptabilidad, 13 (11.7%) extrema cohesión y mejor adaptabilidad; y 14 (12.6%) extrema cohesión y extrema adaptabilidad (grafica 15)

CORRELACIÓN DE SII CON COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR:

Al correlacionar el subtipo de SII de cada uno de los pacientes estudiados con los resultados aportados por el FACES III en relación a Cohesión y Adaptabilidad familiar se obtuvieron los siguientes resultados:

El subtipo más frecuente de SII en pacientes con una cohesión familiar no relacionada y adaptabilidad rígida fue la diarrea; mientras que el estreñimiento fue el subtipo predominante en pacientes con una cohesión no relacionada y una adaptabilidad familiar estructurada o flexible. Se observó que en pacientes con una cohesión semirrelacionada y adaptabilidad rígida el subtipo que predominó fue el de estreñimiento. En los que presentaron una cohesión semirrelacionada y adaptabilidad familiar estructurada la forma alternante fue la

más frecuente, mientras que en pacientes con una cohesión semirrelacionada y una adaptabilidad flexible o caótica el subtipo más frecuente fue que cursa con estreñimiento. El subtipo más frecuente de SII en pacientes con cohesión relacionada y adaptabilidad rígida o estructurada fue la forma alternante, en tanto que el estreñimiento fue el más frecuente en pacientes con una cohesión relacionada y adaptabilidad familiar flexible o caótica. El subtipo de SII que predominio en pacientes con una cohesión aglutinada y una adaptabilidad familiar estructurada, flexible o caótica fue el que cursa con estreñimiento (Ver tabla 16).

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

De acuerdo con los datos aportados por el FACES III en relación al Funcionamiento Familiar de los pacientes con SII, encontramos que:

El 55.9% de los pacientes encuestados pertenecen a familias medianamente funcionales, en tanto que el porcentaje encontrado para los que pertenecen a familias con más funcionalidad es de 30.6%, y únicamente el 13.5% de los encuestados pertenecen a familias menos funcionales. (grafica 16).

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN PRODUCTO-MOMENTO DE PEARSON:

Finalmente para darle validez estadística a la investigación los resultados obtenidos fueron sometidos a la prueba de Coeficiente de Correlación Producto - Momento de Pearson, con la finalidad de determinar el grado de asociación entre

el SII con Cohesión y Adaptabilidad Familiar, obteniendo los siguientes resultados:

SII y Cohesión Familiar:

Al someter estas dos variables a la prueba de Pearson se encontró una significancia de 0.516 (Ver tabla 18).

Interpretación:

Como el valor de P es mayor de 0.05, se concluye que: No existe una asociación lineal entre el Síndrome de Intestino Irritable y la Cohesión Familiar.

SII y Adaptabilidad Familiar:

Al someter estas dos variables a la prueba de Pearson se encontró una significancia de 0.013 (Ver tabla 19).

Interpretación:

Como el valor de P es menor de 0.05, se concluye que: Sí existe una asociación lineal entre el Síndrome de Intestino Irritable y la Adaptabilidad Familiar.

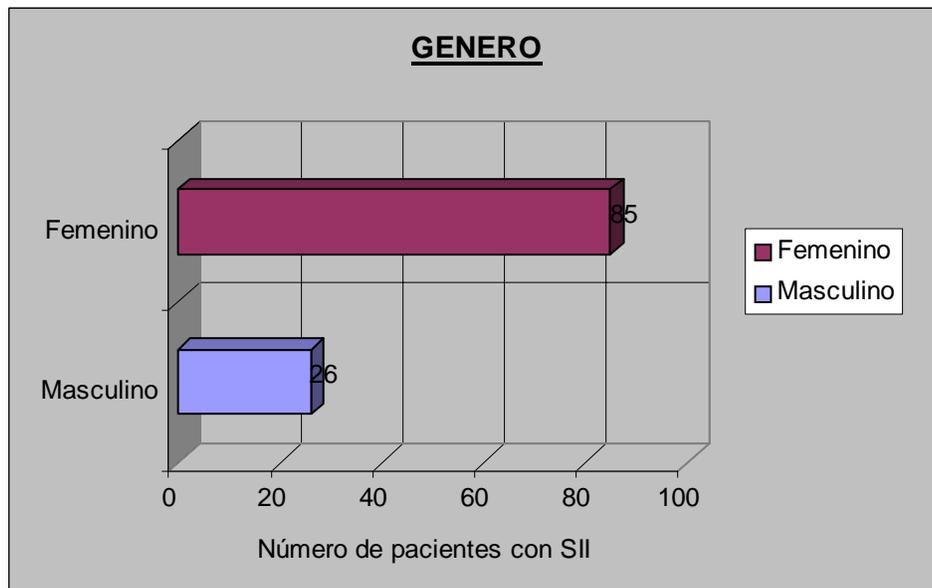
TABLAS Y GRAFICAS

Genero:

Tabla 1. GENERO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	26	13.5	23.4	23.4
	femenino	85	44.3	76.6	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 1



Fuente: Encuestas aplicadas

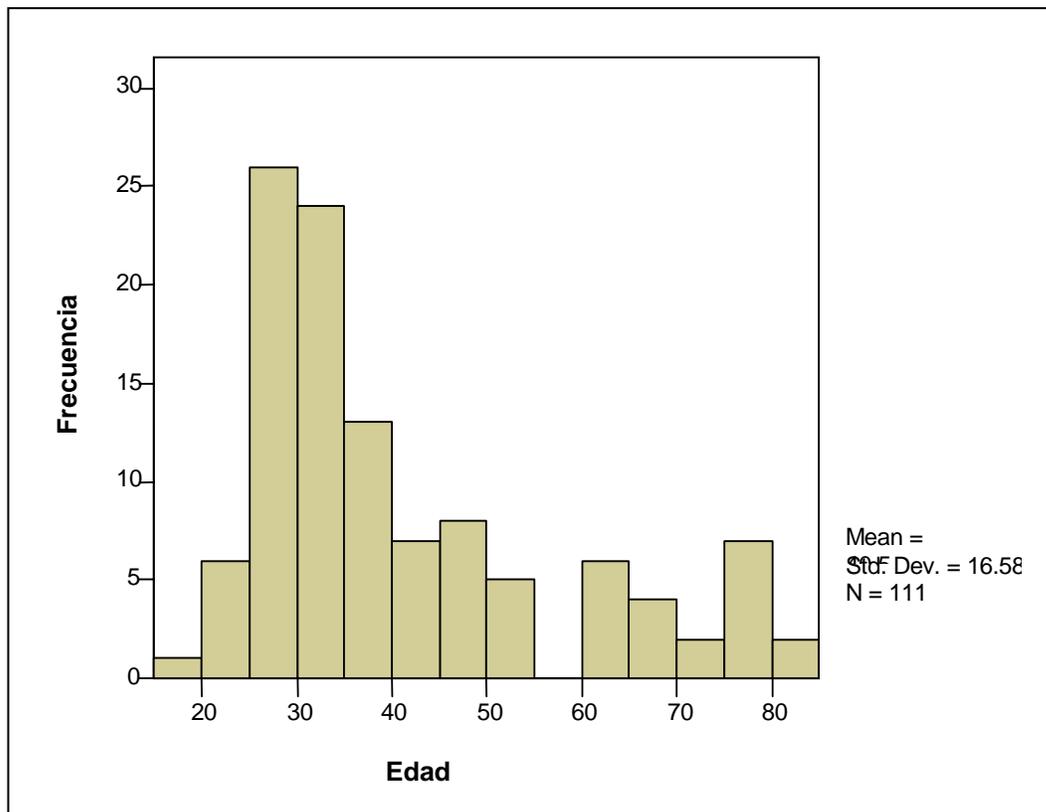
n = 111

Edad:

Tabla 2. EDAD

Medidas de Tendencia Central		Edad
N	Valid	111
	Missing	81
Media		40.50
Mediana		34.00
Moda		27
Desviación estándar		16.585
Varianza		275.070
Rango		65
Mínimo		19
Máximo		84
Sum		4495

Grafica 2



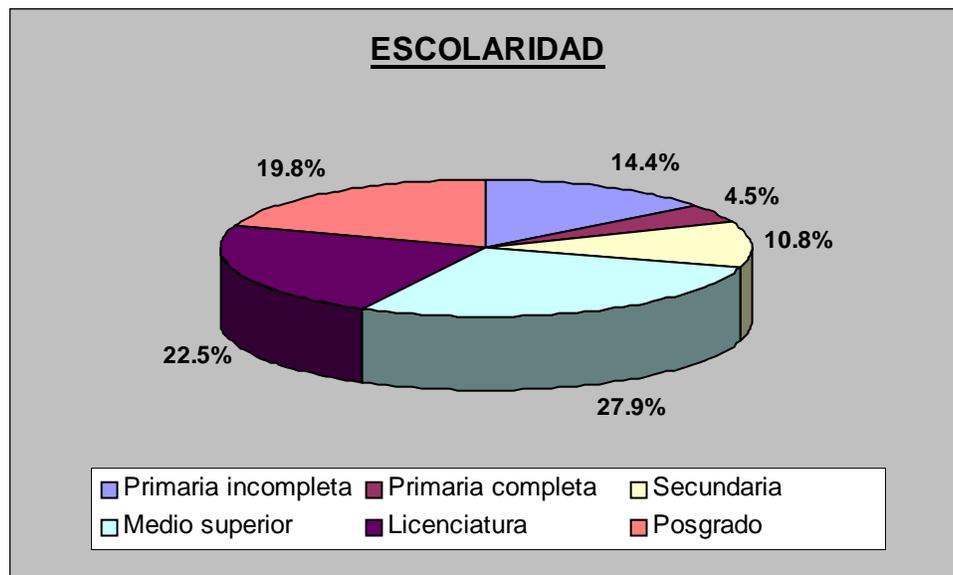
Fuente: Encuestas Aplicadas

Escolaridad:

Tabla 3. ESCOLARIDAD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	primaria completa	16	8.3	14.4	14.4
	primaria incompleta	5	2.6	4.5	18.9
	secundaria	12	6.3	10.8	29.7
	medio superior	31	16.1	27.9	57.7
	licenciatura	25	13.0	22.5	80.2
	posgrado	22	11.5	19.8	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 3



Fuente: Encuestas aplicadas

n = 111

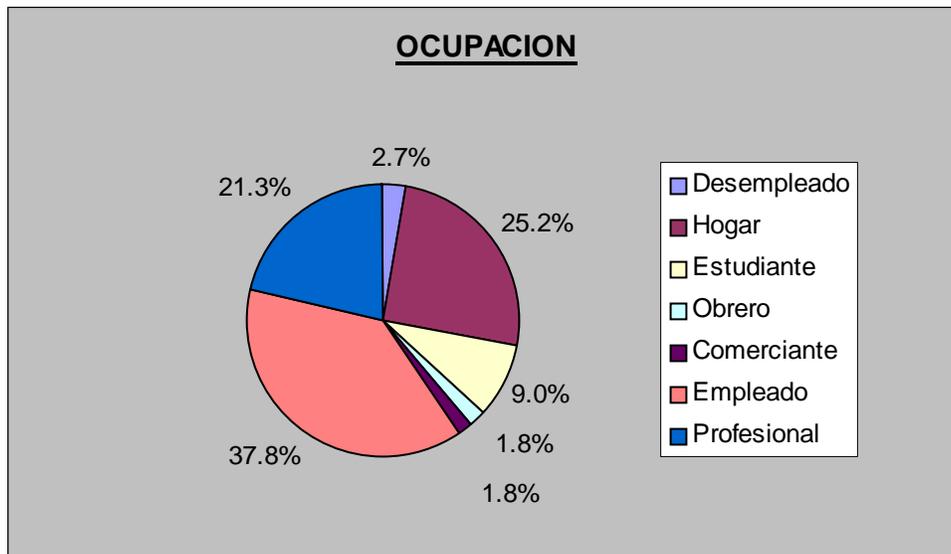
n = 111

Ocupación:

Tabla 4. OCUPACIÓN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	desempleado	3	1.6	2.7	2.7
	hogar	28	14.6	25.2	27.9
	estudiante	10	5.2	9.0	36.9
	obrero	2	1.0	1.8	38.7
	comerciante	2	1.0	1.8	40.5
	empleado	42	21.9	37.8	78.4
	profesional	24	12.5	21.6	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 4



Fuente: Encuestas aplicadas

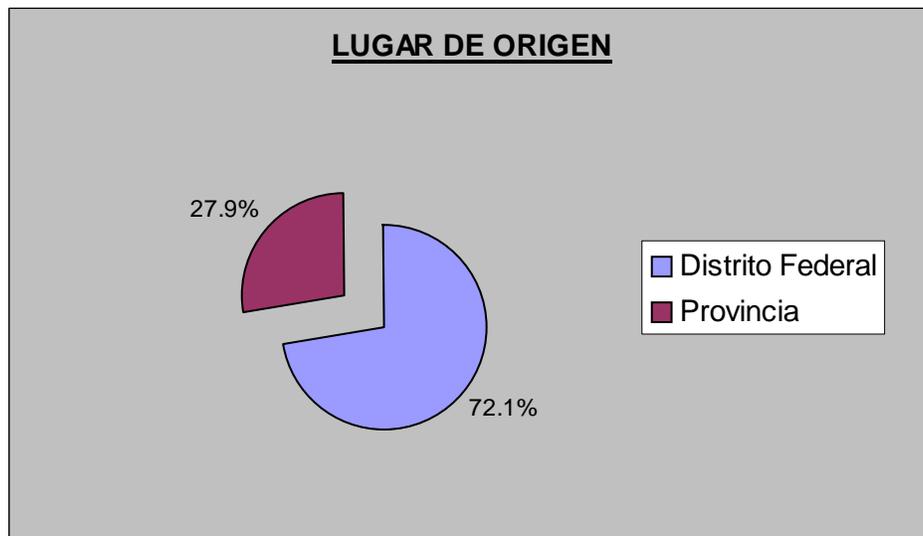
n = 111

Origen:

Tabla 5. ORIGEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	distrito federal	80	41.7	72.1	72.1
	provincia	31	16.1	27.9	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 5



Fuente: Encuestas aplicadas

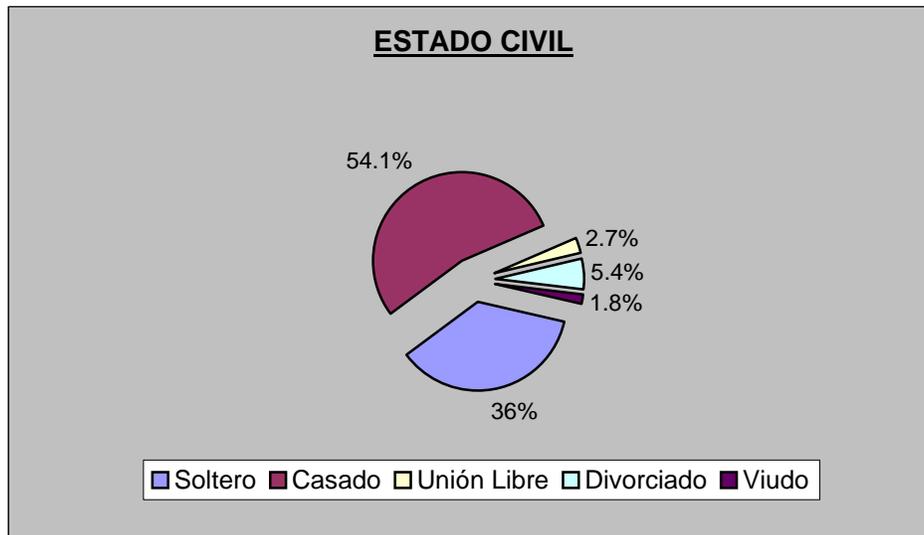
n = 111

Estado civil:

Tabla 6. ESTADO CIVIL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soltero	40	20.8	36.0	36.0
	casado	60	31.3	54.1	90.1
	union libre	3	1.6	2.7	92.8
	divorciado	6	3.1	5.4	98.2
	viudo	2	1.0	1.8	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 6



Fuente: Encuestas aplicadas

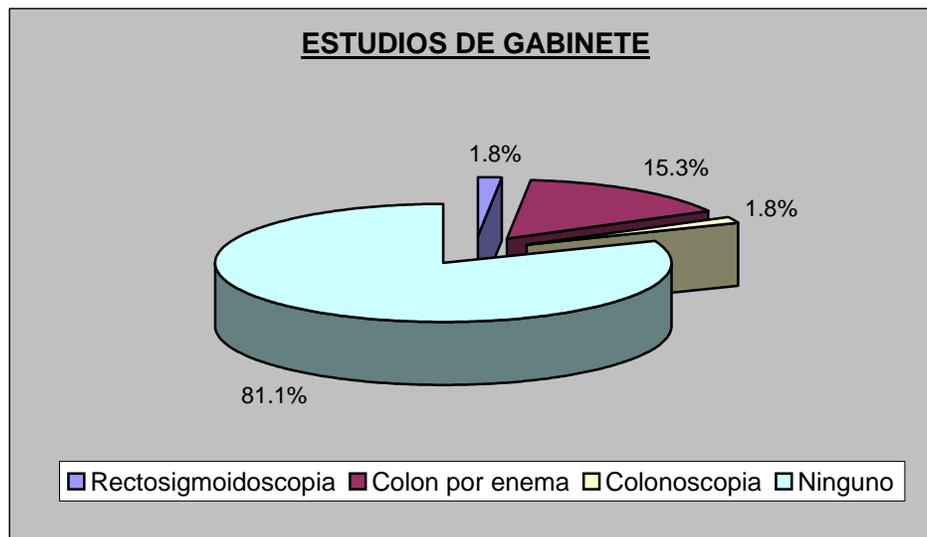
n = 111

Estudios de gabinete:

Tabla 7. ESTUDIOS DE GABINETE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rectosigmoidoscopia	2	1.0	1.8	1.8
	colon por enema	17	8.9	15.3	17.1
	colonoscopia	2	1.0	1.8	18.9
	ninguno	90	46.9	81.1	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 7



Fuente: Encuestas aplicadas

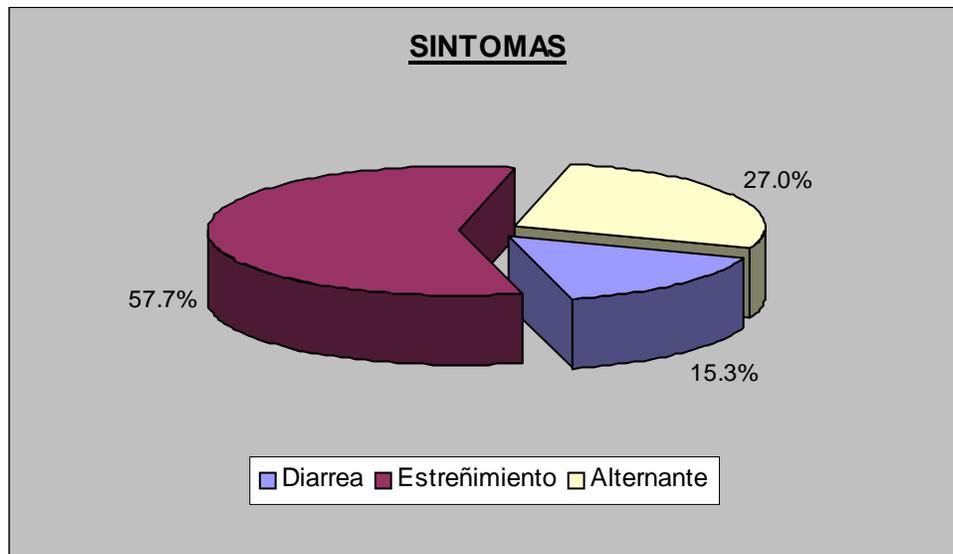
n = 111

Síntoma predominante:

Tabla 8. SÍNTOMA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diarrea	17	8.9	15.3	15.3
	estreñimiento	64	33.3	57.7	73.0
	alterrnante	30	15.6	27.0	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 8



Fuente: Encuestas aplicadas

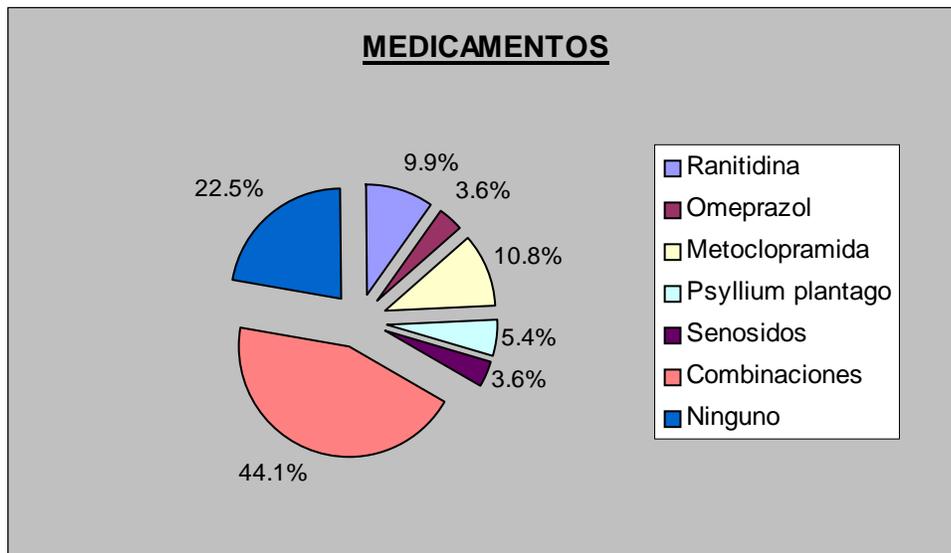
n = 111

Medicamentos empleados:

Tabla 9. MEDICAMENTOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ranitidina	11	5.7	9.9	9.9
	omeprazol	4	2.1	3.6	13.5
	metoclopramida	12	6.3	10.8	24.3
	psyllium plantago	6	3.1	5.4	29.7
	combinaciones	49	25.5	44.1	73.9
	senosidos	4	2.1	3.6	77.5
	ninguna	25	13.0	22.5	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 9



Fuente: Encuestas aplicadas

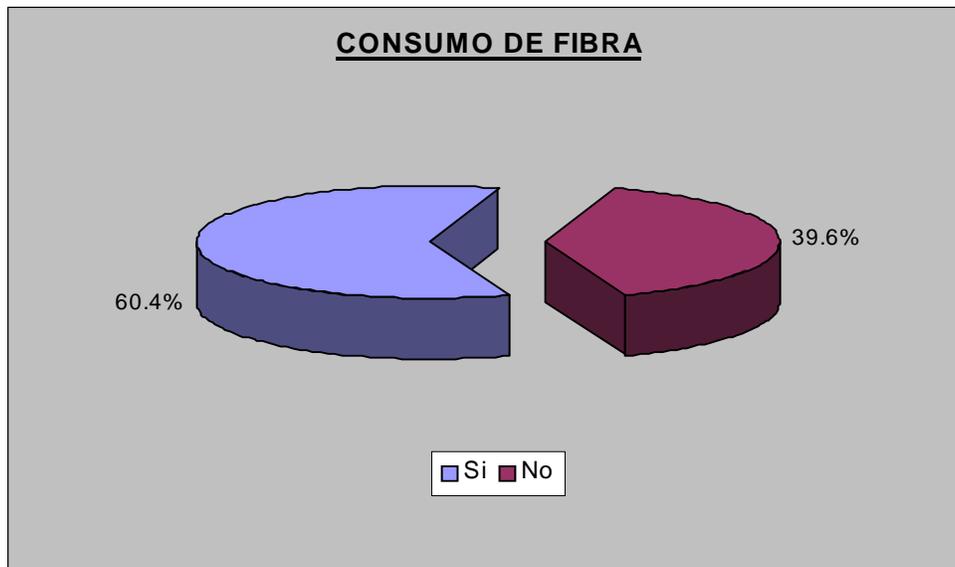
n = 111

Dieta:

Tabla 10. INGESTA DE FIBRA EN LA DIETA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	67	34.9	60.4	60.4
	no	44	22.9	39.6	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 10



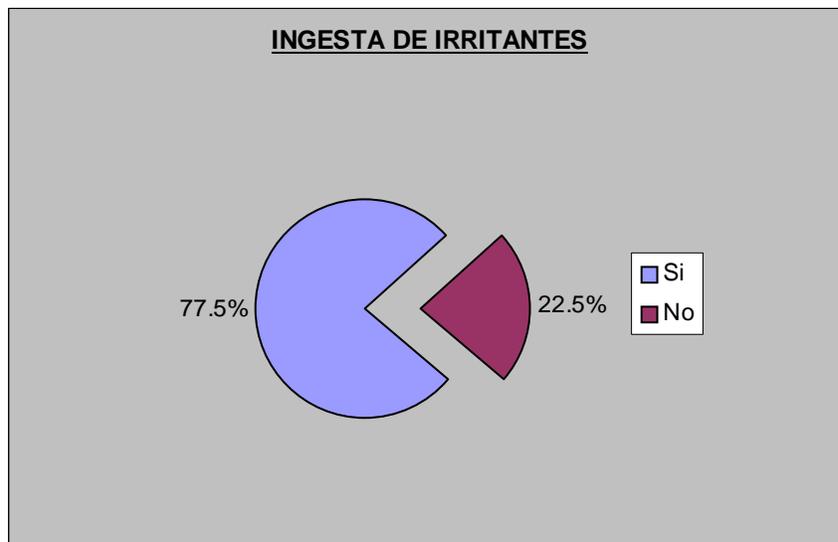
Fuente: Encuestas aplicadas

n = 111

Tabla 11. INGESTA DE IRRITANTES EN LA DIETA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	86	44.8	77.5	77.5
	no	25	13.0	22.5	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 11



Fuente: Encuestas aplicadas n = 111

Tabla 12. INGESTA DE 2 LITROS DE AGUA AL DIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	51	26.6	45.9	45.9
	no	60	31.3	54.1	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 12



Fuente: Encuestas aplicadas

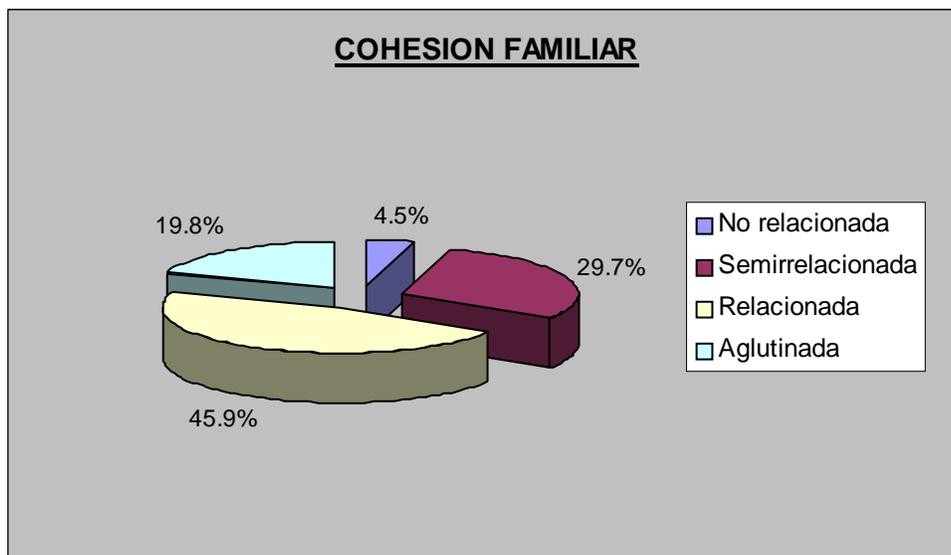
n = 111

Cohesión Familiar:

Tabla 13. COHESIÓN FAMILIAR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No relacionada	5	2.6	4.5	4.5
	Semirrelacionada	33	17.2	29.7	34.2
	Relacionada	51	26.6	45.9	80.2
	Aglutinada	22	11.5	19.8	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 13



Fuente: Encuestas aplicadas

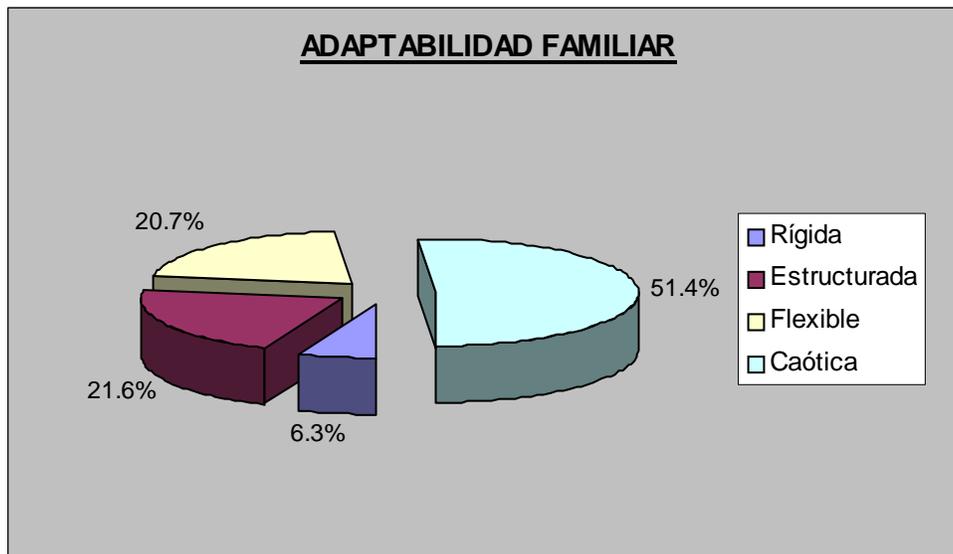
n = 111

Adaptabilidad familiar:

Tabla 14. ADAPTABILIDAD FAMILIAR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rígida	7	3.6	6.3	6.3
	Estructurada	24	12.5	21.6	27.9
	Flexible	23	12.0	20.7	48.6
	Caótica	57	29.7	51.4	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 14



Fuente: Encuestas aplicadas

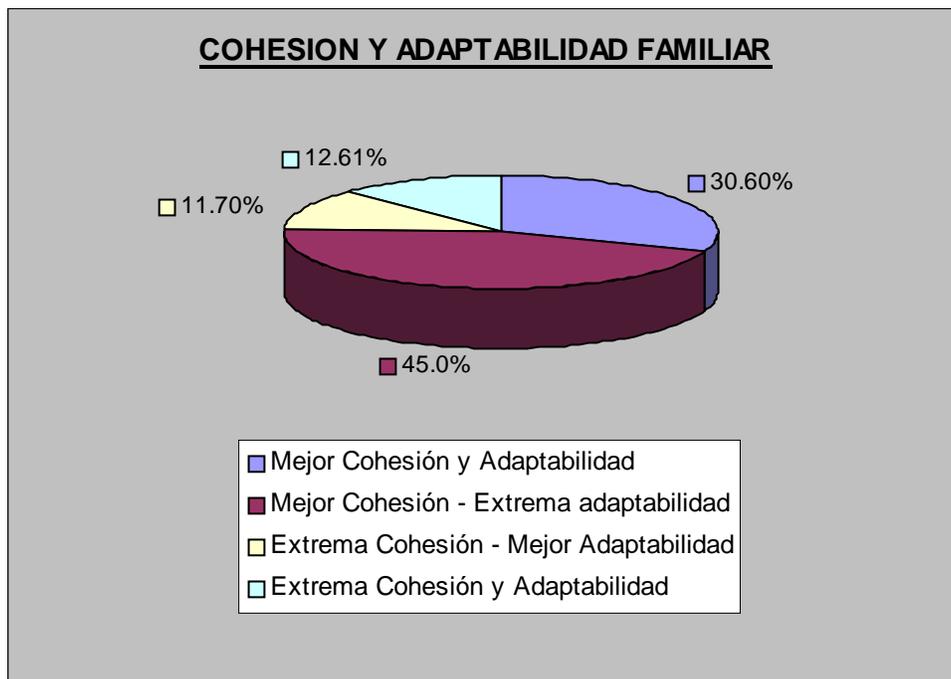
n = 111

Cohesión y Adaptabilidad Familiar:

Tabla 15. COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

			ADAPTABILIDAD			
			Extrema	Mejor		Extrema
			Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
COHESIÓN	Extrema	No relacionada	1	2	2	0
	Mejor	Semirrelacionada	2	9	10	12
		Relacionada	4	9	6	32
	Extrema	Aglutinada	0	4	5	13

Grafica 15



Fuente: Encuestas aplicadas

n = 111

Correlación de SII con Cohesión y Adaptabilidad Familiar:

Tabla 16. CORRELACIÓN DE SUBTIPOS DE SII CON COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

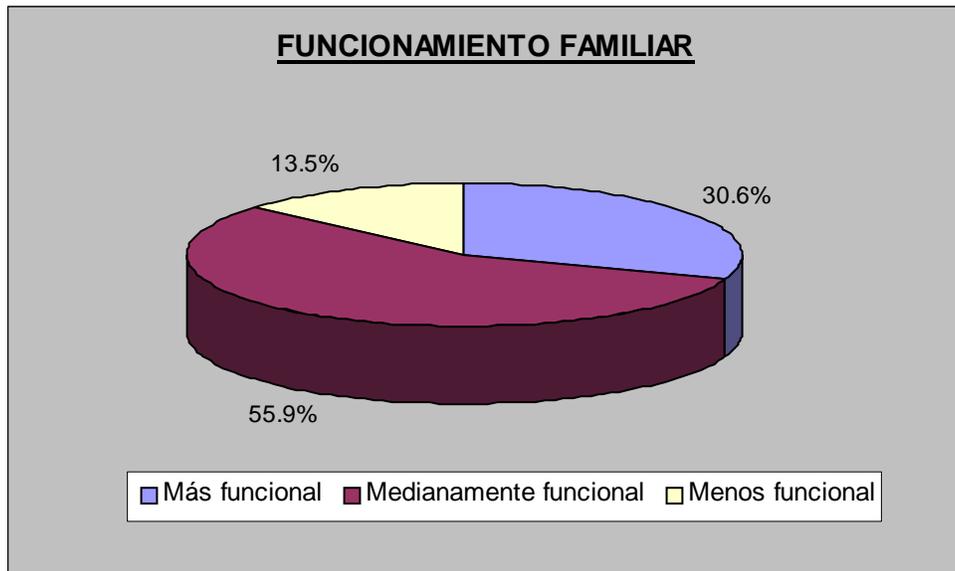
Adaptabilidad			Cohesion				Total
			No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	
Rígida	síntomas	diarrea	1	0	0		1
		estreñimiento	0	2	0		2
		alternante	0	0	4		4
	Total		1	2	4		7
Estructurada	síntomas	diarrea	0	2	0	0	2
		estreñimiento	2	3	2	4	11
		alternante	0	4	7	0	11
	Total		2	9	9	4	24
Flexible	síntomas	diarrea	0	1	0	0	1
		estreñimiento	2	8	6	5	21
		alternante	0	1	0	0	1
	Total		2	10	6	5	23
Caótica	síntomas	diarrea		2	7	4	13
		estreñimiento		6	15	9	30
		alternante		4	10	0	14
	Total			12	32	13	57

Funcionamiento Familiar:

Tabla 17. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mas funcional	34	17.7	30.6	30.6
	medianamente funcional	62	32.3	55.9	86.5
	menos funcional	15	7.8	13.5	100.0
	Total	111	57.8	100.0	
Missing	System	81	42.2		
Total		192	100.0		

Grafica 16



Fuente: Encuestas aplicadas

n = 111

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN PRODUCTO-MOMENTO DE PEARSON:

Prueba de Pearson

Tabla 18. SII Y COHESIÓN FAMILIAR

		SII	Cohesión
SII	Pearson Correlation	1	-.062
	Sig. (2-tailed)	.	.516
	N	111	111
Cohesión	Pearson Correlation	-.062	1
	Sig. (2-tailed)	.516	.
	N	111	111

Prueba de Pearson

Tabla 19. SII Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

		SII	Adaptabilidad
SII	Pearson Correlation	1	-.234*
	Sig. (2-tailed)	.	.013
	N	111	111
Adaptabilidad	Pearson Correlation	-.234*	1
	Sig. (2-tailed)	.013	.
	N	111	111

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4. DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran que existe una asociación lineal entre el Síndrome de Intestino Irritable y la Adaptabilidad Familiar.

Lo cual tiene gran relevancia, ya que corrobora lo observado en diferentes estudios en donde se ha relacionado al SII con padecimientos de origen psicológico tales como la ansiedad y depresión (Mearin, 2004). Si bien la Adaptabilidad Familiar es definida como “la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas en relación al estrés situacional y evolutivo”, el hecho de que el 51.4% de los pacientes estudiados tenga una familia con Adaptabilidad caótica explica parcialmente, porque los pacientes con SII presentan alteraciones psicológicas de las que tanto se ha hecho mención en múltiples estudios realizados.

Es importante reconocer esta asociación, porque a menudo algunos pacientes con SII con síntomas de moderados a graves y con trastornos psicológicos o psiquiátricos concomitantes, son los que más consultan y en quienes las medidas sintomáticas convencionales son menos eficaces (Huerta y Valdovinos, 2001).

Por lo que la alteración en la Adaptabilidad Familiar, podría ser contemplada dentro de los factores psicosociales que contribuyen en la exacerbación o recurrencia de las manifestaciones clínicas de la entidad.

Si bien es cierto que al evaluar la Cohesión Familiar encontramos que, solo el 45.9% de los pacientes pertenece a una familia con una cohesión de tipo

relacionada, no se encontró en el estudio una asociación estadísticamente significativa.

Esto nos conduce a pensar que, en las familias de estos pacientes los lazos emocionales y el grado de autonomía que tienen unos con otros es adecuado, pero que presentan dificultades para enfrentar el estrés situacional o evolutivo de la misma, lo cual repercute en su salud.

A continuación analizaré los resultados de las siguientes variables:

Género: Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con lo descrito por otros investigadores, el SII fue más frecuente en el género femenino con un 76%.

Edad: Pudimos observar que el rango de presentación fue muy amplio, con una edad mínima de 19 años y una máxima de 84 años, similar a lo referido en El Consenso Latinoamericano sobre el Síndrome de Intestino Irritable (2004); pero difiere de este último en relación al promedio de edad, ya que nosotros encontramos 27 años como promedio a diferencia de los 42 años que reporta el consenso.

Estudios de Gabinete: Al 81% de los pacientes encuestados no se les ha realizado ningún estudio, hecho que parece estar ligado con el empleo adecuado de los Criterios de ROMA II por parte del personal médico de la unidad, y que coincide con las recomendaciones hechas por parte del American Collage of Gastroenterology en lo referente a que “es innecesario realizar pruebas diagnósticas adicionales a menos de que existan manifestaciones de alarma”. Únicamente al 19% de los pacientes se les ha realizado estudios con fines de

complementación diagnóstica, de estos estudios los más empleados fueron el colon por enema, la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia.

Subtipos de SII: El que cursa con estreñimiento fue el más frecuente, hecho que coincide con lo reportado en diferentes investigaciones. Cabe mencionar que el subtipo alternante y el que cursa con diarrea ocuparon el segundo y tercer lugar en frecuencia respectivamente.

Tratamiento Farmacológico: De los medicamentos el más empleado fue la metoclopramida, sin embargo el 44.1% refiere tomar dos o más medicamentos, en tanto el 22.5% no recibe ningún tratamiento, llama la atención que algunos pacientes estén recibiendo Omeprazol o Ranitidina como parte del tratamiento, ya que estos medicamentos no tienen una indicación precisa en este padecimiento.

Dieta: El 60.4% de los pacientes refiere consumir fibra en su dieta habitual, y más de la mitad (77%) menciona el consumo de irritantes (café, chocolate, refresco, grasa y picante); este último hecho probablemente está relacionado con los aspectos socioculturales de la población. Algo que también llama la atención es que 54% de los pacientes refiere ingerir menos de 2 litros de agua al día, lo cual puede exacerbar su sintomatología, especialmente en pacientes con el subtipo de SII que cursa con estreñimiento.

Un hecho que no fue considerado en el estudio y del que nos pudimos percatar fue que la mayoría de los pacientes con SII desconoce la cronicidad del padecimiento. Lo cual podría ser tema de futuras investigaciones.

4.1 APLICABILIDAD PRACTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL.

De acuerdo los resultados obtenidos en este estudio, consideramos que la aplicación del FACES III en pacientes con SII puede ser de gran utilidad para el Médico Familiar, con la finalidad de que pueda identificar aquellos pacientes con alteraciones en la Adaptabilidad Familiar, y en quienes probablemente el tratamiento sintomático de la entidad no sea suficiente.

Por lo cual frente a esta problemática, bajo la premisa fundamental de la Medicina Familiar de atender los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, surge la necesidad de contemplar a los pacientes con SII como una entidad holística.

Por lo que el especialista en esta área tendrá que poner en juego todo su arsenal de conocimientos que caracterizan y le dan identidad a la especialidad.

5. CONCLUSIONES:

No existe una asociación estadísticamente significativa entre el SII y la Cohesión familiar, sin embargo se comprobó que sí existe una asociación entre dicha entidad y la Adaptabilidad Familiar.

Por lo que se sugiere el empleo del FACES III para identificar aspectos relacionados con alteraciones en la misma, principalmente en pacientes con síntomas de moderados a graves y en quienes las medidas convencionales del tratamiento sintomático resulten insuficientes, con la finalidad de proporcionarles un manejo integral.

Además de contemplar la posibilidad de brindar Terapia Familiar a pacientes que presenten dichas alteraciones, encaminada principalmente a la resolución de crisis producidas por el estrés situacional o evolutivo de la familia, ya que la familia juega un papel importante tanto en los aspectos psicosociales como en el proceso salud enfermedad de estos pacientes.

1. REFERENCIAS:

1. Mearín F. et al. Calidad de vida en los pacientes con síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*, 2004; 27 (supl 3): 24-31.
2. Valenzuela J. et al. Un consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*, 2004; 27 (5): 325-343.
3. Otero RW, et al. Síndrome de Intestino Irritable: Diagnóstico y Tratamiento. Revisión concisa. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2005; 25 189-197.
4. Huerta I, Valdovinos M, et al. Irritable Bowel Syndrome in México. *Dig Dis* 2001;19:251-7.
5. Schmulson MJ, Valdovinos M. Utilización de recursos médicos por los pacientes con síndrome de intestino irritable en un hospital de tercer nivel. *Rev. Gastroenterol Méx.* 1998; 63: 6-10.
6. Piqué. et al. Síndrome del intestino irritable: una enfermedad con una elevada carga socioeconómica y sanitaria. *Aten Primaria.* 2006; 38 (2): 69-71.
7. Horwitz J. et al. Irritable Bowel Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2001; 344, (24): 1- 7.
8. Schmulson MJ. Síndrome de Intestino Irritable: Otra enfermedad sin base anatómica. *Gac Med Méx.* 2002; Vol. 138 (1): 50 -55
9. Gómez EO, Schmulson MJ, Valdovinos MA. Síndrome de intestino irritable postinfeccioso. Una revisión basada en evidencias. *Rev. Gastroenterol Méx.* 2003; Vol. 68, (1): 56-60.
10. González C. Síndrome de Intestino Irritable. Aspectos psicológicos. *RFM.* Caracas, jun 2005 V28 (2):1-10.
11. Schmulson MJ, et al. Síndrome de intestino irritable. *Rev. Gastroenterol Méx.* 2006; Vol. 71, (supl 1): 77-78.
12. George F. et al. Definition and Classification of Irritable Bowel Syndrome: Current Consensus and Controversies. *Gastroenterol Clin N Am* 34 (2005) 173-187.
13. Conceptos básicos para el estudio de las familias. En *Arch Med Fam* 2005; 7 (1): 15-19.
14. Irigoyen C; Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar, Mexicana, 7ª ed internacional. pp 6,7
15. De la Revilla L. La disfunción familiar. *Aten Fam.* Julio/Agosto, 1992, 10 (2): 7-8.
16. Huerta GJ. Medicina familiar: La familia en el proceso salud- enfermedad. Editorial Alfil. 1ª ed. 2005, pp: 12, 34-37, 57-58.
17. Gómez C. et al. FACES III: alcances y limitaciones. *Aten Fam.* Enero/Febrero, 2005, 12 (1): 10-11.
18. López LS. El FACES III en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. *Psicothema*, 2002,12 (1):159-166.

19. Ponce R. et al. Análisis de confiabilidad de FACES III versión en español. Aten Primaria, 1999; 23 (8):479-484.
20. Juárez F, Villatoro JA y López EK. Apuntes de Estadística Inferencial. México, D.F, 2002.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México. D.F, 1987: 9-12.
22. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Finlandia. Junio, 1964. Capítulo II.

7. ANEXOS:

Anexo: 1

CRITERIOS DE ROMA II

Síntomas durante 12 semanas, no necesariamente consecutivas en los últimos 12 meses de malestar y/o dolor abdominal y 2 de los siguientes:

- a) Dolor que mejora con la defecación.
- b) Inicio asociado con cambios en la frecuencia de la defecación.
- c) Inicio con cambios en la consistencia de la materia fecal.

Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico en forma acumulativa:

- a) Deposición anormal con una frecuencia superior a 3 al día o menos de 3 a la semana.
- b) Consistencia anormal (dura o blanda-liquida).
- c) Urgencia para defecar, evacuación incompleta.
- d) Deposición con moco.
- e) Sensación de plenitud, distensión abdominal.

Anexo: 2

FACES III

Olson DH, Portner J, Lavee Y. (Minnesota University)

Versión en Español: Gómez- Clavelina FJ; Irigoyen Coria AE (Universidad Nacional Autónoma de México)

Respuestas:

1/NUNCA. 2/CASI NUNCA. 3/ALGUNAS VECES. 4/ CASI SIEMPRE. 5/SIEMPRE.

DESCRIBA SU FAMILIA:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
- 2 En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- 11. Nos sentimos muy unidos.
- 12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- 19. La unión familiar es muy importante.
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

Anexo: 2 bis

FACES III

Olson DH, Portner J, Lavee Y. (Minnesota University)

Cohesión		
No relacionada	10 a 34	Extrema
Semirelacionada	35 a 40	Mejor
Relacionada	41 a 45	Mejor
Aglutinada	46 a 50	Extrema

ADAPTABILIDAD		
Rígida	10 a 19	Extrema
Estructurada	20 a 24	Mejor
Flexible	25 a 28	Mejor
Caótica	29 a 50	Extrema

* Origina 16 combinaciones.

LAS MÁS FUNCIONALES:

Mejor Cohesión y Mejor Adaptabilidad.

LAS DE MEDIANA FUNCIONALIDAD:

- Mejor Cohesión y Extrema Adaptabilidad.
- Extrema Cohesión y Mejor Adaptabilidad.

LAS MENOS FUNCIONALES:

Extrema Cohesión y Extrema Adaptabilidad.

Anexo: 3. HOJA DE DATOS DE RECOLECCIÓN

Folio ().

Fecha: _____

No. De afiliación: _____

Edad: _____

Sexo ()	Escolaridad ()	Ocupación ()	Religión ()
1 Masculino 2 Femenino	1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria 4 Medio superior 5 Licenciatura 6 Postgrado	1 Desempleado 2 Hogar. 3 Estudiante 4 Obrero 5 Comerciante 6 Empleado 7 Profesional	1 Católica 2 Cristiano 3 Mormón 4 T. Jehová 5 Otra

Dieta	Estado civil. ()	Vive con ()	Toxicomanías ()
Rica en fibra: Si () No () 2. Irritantes: Si () No () 3. Agua 2 L/día: Si () No ()	1 Soltero 2 Casado 3 Unión libre. 4 Divorciado. 5 Viudo	1 Padres 2 Padres y hermanos. 3 Esposa (so) 4 Esposa (so) e hijos. 5 Solo (a) 6 Otros.	1 Alcoholismo 2 Tabaquismo 3 Alcoholismo y tabaquismo 4 Marihuana 5 Cocaína 6 Otra 7 Ninguna

Anexo: 3 bis

HOJA DE DATOS DE RECOLECCION

Síntoma Predominante ()	Estudios de Gabinete ()	Lugar de origen ()	Medicamentos Utilizados ()
1 Diarrea. 2 Estreñimiento 3 Ambos	1 Rectosigmoidoscopia 2 Colon por enema 3 Colonoscopia 4 Ninguno	1. D.F 2. Provincia	1 Ranitidina 2 Omeprazol 3 Butilioscina 4 Metoclopramida 5 Psyllium plantago 6 Loperamida 7 Senosidos 8 Combinaciones 9 Ninguno

ANEXO 4.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

México D.F a: _____.

Estimado Sr. (a):

El objetivo de este cuestionario es la realización de una investigación en donde se pretende determinar si existe una Asociación del Síndrome De Colon Irritable con la Cohesión y Adaptabilidad Familiar.

Lo que se espera, es detectar cambios en el funcionamiento familiar en relación a este padecimiento, los cuales pueden influir de forma directa e indirecta en la exacerbación de los síntomas o inicio del padecimiento.

Para lo cual se le aplicaran algunas escalas de funcionalidad (de lápiz y papel). Esto permitirá plantear alternativas al Medico Familiar, en la atención médica integral del paciente con Síndrome De Colon Irritable.

Su participación deberá ser voluntaria, teniendo la posibilidad de retirarse cuando lo desee y tomando en cuenta que toda la información proporcionada será tratada de forma confidencial.

Si desea participar favor de firmar la presente autorización.

FIRMA DE ACEPTACIÓN.

GRACIAS.