

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE, CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA
CON CRITERIOS DE ROMA II Y SU ASOCIACIÓN CON ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN.**

T E S I S

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. CARRILLO FLORES MICHEL

ASESORA

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

REVISORA:

DRA. MARINA SÁNCHEZ



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.

MÉXICO D. F, 2009.

DEDICATORIA.

Al final de esta etapa, quiero dedicar esta labor:

A DIOS, la luz y guía en mi camino y en la vida.

A mi esposa Alma, por su apoyo y amor incondicional en todo momento.

A mi madre, a quién debo todo lo que soy y he sido, por la vida que me ha dado y por el ejemplo que me ha enseñado siempre, luchar.

A mis hermanos Jonathan, Gisselle y Christopher, la fuerza que me motiva a seguir adelante.

A mis seres queridos y familiares, que en donde quiera que estén, me brindaron su apoyo y consejo.

GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS.

A la Dra. Ana María Meza Fernández, por su valioso e incondicional apoyo, su comprensión y sobre todo por su dedicación a la enseñanza, siendo la guía en esta formación integral de sus alumnos.

A la Dra. Leonor Campos Aragón, por su apoyo, orientación y compromiso con la investigación y hacia con nosotros.

A la Unidad de Medicina Familiar Número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social y a su personal que me brindo las facilidades para la realización de este estudio.

A todos los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 21 que formaron parte de este logro, dedicando su tiempo, esfuerzo y confianza.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, que me brindo desde estudiante la oportunidad de estar aquí.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que me permitió llevar a cabo mi formación profesional y como ser humano.

GRACIAS.
A U T O R I Z A C I O N E S:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

DR. JOSÉ ANTONIO MATA MARTÍNEZ

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

DR. CÉSAR WILLIAMS ZARATE

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 21**

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

DRA. ANA MARÍA MEZA FERNÁNDEZ

**PROFESORA ADJUNTA AL SERVICIO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MÉDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

ASESORA:

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

**MIEMBRO DEL CÓMITE DE INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 21**

I. M. S. S.

INDICE:

1. Resumen.....	6
2. Antecedentes.....	7
3. Objetivos.....	13
4. Hipótesis.....	14
5. Material y Métodos.....	15
6. Diseño Estadístico.....	19
7. Ética.....	20
8. Análisis e interpretación de resultados.....	21
9. Discusión.....	29
10. Sugerencias.....	30
11. Difusión.....	30
12. Bibliografía.....	31
13. Anexos.....	33

RESUMEN.

“SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE, CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CON CRITERIOS DE ROMA II Y SU ASOCIACIÓN CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”.

Asesora: Dra. Leonor Campos Aragón.

Revisora: Dra. Marina Sánchez.

INTRODUCCION: El síndrome de intestino irritable, es una patología que se encuentra referida en los trastornos funcionales digestivos, y que afecta del 19 al 25% de la población adulta; forma parte del 10 al 15% de la consulta general e incluso 25% de la consulta del gastroenterólogo; desde el punto de vista de su fisiopatología, se considera un trastorno de la motilidad y la sensibilidad intestinal, alteraciones que juegan un papel primordial en las manifestaciones clínicas: dolor abdominal, cambios del hábito intestinal, plenitud y distensión; clasificado en el CIE - 10 en K58.9, bajo criterios de ROMA II para su diagnóstico. Así bien se ha observado que el estrés, la ansiedad, la angustia y la depresión, son los principales factores psicosociales que se encuentran en más de la mitad de los casos.

OBJETIVO: Determinar la concordancia diagnóstica del Síndrome de Intestino Irritable con los criterios de Roma II y su asociación con ansiedad y depresión, en los pacientes de la consulta externa de la UMF No. 21 del IMSS.

MATERIAL y MÉTODOS: Se realizará un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico tomando a la población de pacientes de la UMF 21 del IMSS, de la base de datos del SIMF (ARIMAC), en base al criterio K58.9 de la CIE-10, con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable. Para este estudio, incluyendo a pacientes >18 años y <45 años, de cualquier sexo, adscritos a la UMF 21, con diagnóstico previo de Síndrome de Intestino Irritable; excluyendo a pacientes con patología psiquiátrica ya diagnosticada, analfabetas o con discapacidad física y retirando a pacientes que no llenen adecuadamente el cuestionario; con posterior aplicación de un cuestionario de criterios de Roma II para corroborar su diagnóstico, y aplicación secundaria de las escalas de Hamilton HARS y HDRS, para determinar la cantidad de pacientes portadores de las patologías, para su evaluación subsecuente.

RESULTADOS y CONCLUSIONES: El estudio nos mostró una concordancia del 81.6% en relación a criterios de Roma II de los pacientes con síndrome de intestino irritable, mientras que la prevalencia de depresión fue de 36.5% y de la ansiedad 44%, en estos mismos, quedando la depresión por debajo del porcentaje esperado; con 2 veces mayor la relación con ansiedad, sin ser significativo por el tamaño de la muestra, y en cuanto a depresión se encontró 0.72 veces la asociación con síndrome de intestino irritable, sin ser representativo. Esto de un total de 93 pacientes en edad económicamente activa, con rango de edad de los 18 a 45 años, que acudieron a la consulta externa de la UMF No 21. Concluimos entonces, que este estudio se encuentra limitado porque sólo se maneja población con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, y los resultados de manera explícita nos muestran una relación, sin embargo no es representativa mediante fórmula estadística de Chi-Cuadrada, aunque puede ser punta de lanza para estudios posteriores en torno a este padecimiento, tomando en cuenta población aparentemente sana.

ANTECEDENTES.

El síndrome de intestino irritable, es una entidad de tipo gastrointestinal que tiene que ver con los trastornos de la motilidad y por tanto de origen multifactorial, desde el punto de vista anatómico, funcional y nervioso, por tanto se definirá de la siguiente manera:

DEFINICION. De acuerdo a la clasificación CIE – 10, en el apartado de enfermedades del aparato digestivo, se clasifica al Síndrome de Intestino Irritable, dentro de otras enfermedades de los intestinos, en el apartado K58.9, y se le define como:

Al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses anteriores con dolor o molestias abdominales y presenta 2 de 3 de las siguientes características:

Se alivian con la defecación; y/o

1. Comienzo asociado con un cambio en la frecuencia de la defecación; y/o
2. Comienzo asociado a un cambio de la forma o aspecto de las heces.

Otros síntomas que apoyan el diagnóstico de síndrome del intestino irritable

- Frecuencia anormal de defecación (más de tres por día o menos de 3 deposiciones por semana);
- Aspecto anormal de las heces (grumosas/duras o blandas/acuosas);
- Pasaje anormal de las heces (estreñimiento, urgencia o sensación de evacuación incompleta);
- Pasaje de mucus;
- Hinchazón o sensación de distensión abdominal.

Además, el síndrome de intestino irritable, en cuanto a epidemiología se refiere, es un síndrome bastante frecuente, que afecta del 19 al 25% de la población adulta; forma parte del 10 al 15% de la consulta general e incluso 25% de la consulta del gastroenterólogo; el cuál ocurre con más frecuencia en individuos que viven en ciudades industrializadas o en zonas urbanas, sobre todo en mujeres jóvenes, aunque también lo padecen uno de cada seis sujetos mayores de 65 años. Desde el punto de vista de su fisiopatología, actualmente se considera un trastorno de la motilidad y la sensibilidad intestinal, alteraciones que juegan un papel primordial en las manifestaciones clínicas: dolor abdominal, cambios del hábito intestinal, plenitud y distensión.

En 1999 se reportó que los receptores de la 5 - HT3 juegan un papel importante en la modulación sensorial de los mecanorreceptores del intestino. En relación con el aspecto psicógeno, existe extensa información en la literatura acerca de la asociación entre los síntomas colónicos y las alteraciones psicosociales. De acuerdo con los estudios realizados hasta el momento, los factores psicosociales, más que intervenir en la fisiopatología del padecimiento, participan en la

exacerbación o en la persistencia de los síntomas.⁽¹⁾ A pesar de esto, los eventos estresantes de la vida cotidiana se han implicado en el inicio y evolución del cuadro clínico.

El estrés, la ansiedad, la angustia y la depresión, son los principales factores psicosociales se encuentran presentes en la mayoría de los casos. Las observaciones clínicas de los pacientes y de los médicos tratantes indican que los trastornos psicológicos preceden a la exacerbación de los síntomas intestinales, y son acompañados de cefalea, mialgias y de síntomas relacionados con el estrés.

Asimismo, en la mayoría de los pacientes se han descrito diversos rasgos de alteraciones de la personalidad, como: depresivos, obsesivos, ansiosos y neuróticos, características en las que no se ha podido comprobar un efecto causal de manera concreta.⁽³⁾

También se ha descrito que los individuos sanos tienen mejor capacidad para sobrellevar el estrés que los que padecen síndrome de colon irritable, quienes toleran menos el estrés y cursan con una conducta más negativa. Desde el punto de vista clínico, el síndrome de colon irritable es más común en mujeres. Estudios en animales de experimentación y también en humanos demostraron una clara diferencia de género, sobre todo en la percepción del dolor. En términos generales, la mujer sufre con más frecuencia e intensidad el dolor abdominal que los hombres. Es posible que esta percepción visceral sea ocasionada por factores hormonales; aunque se ha encontrado que las mujeres tienen el antecedente de abuso sexual durante la infancia o pubertad, en un rango del 37 al 53%. En estos casos, los síntomas digestivos son más acentuados⁽²⁾

Sabemos entonces que, el Síndrome del Intestino Irritable (SII) es el desorden más común en la práctica gastroenterológica a nivel de Latinoamérica. Se caracteriza por presentar síntomas crónicos recurrentes que no pueden ser explicados por anomalías estructurales o bioquímicas: dolor abdominal, disturbios defecatorios (urgencia, estreñimiento, sensación de evacuación incompleta, alteración de la frecuencia y consistencia de las heces) y sensación de distensión abdominal⁽³⁾.

Este desorden se asocia con significativos costos en salud y alta repercusión laboral y social, pues su diagnóstico no es fácil, es necesario descartar otras enfermedades mediante una historia clínica exhaustiva y pruebas de laboratorio (parasitológicas, búsqueda de sangre oculta en heces, colonoscopia, biopsia rectal, ecografía, etc.). Aunque las causas de este síndrome no se conocen bien, hace tiempo se sabe que está relacionado con el estado psicológico del paciente. Ansiedad, depresión y otros desórdenes psiquiátricos se relacionan con SII, pues estos problemas incrementan la severidad del síndrome. Además, los pacientes con SII acuden más frecuentemente al médico luego de un problema de stress, depresión, duelo o algún otro estresor⁽³⁾.

En el SII se reporta asociación con trastornos psiquiátricos (54 – 100%), siendo lo más frecuente ansiedad y depresión. Los pacientes con SII suelen acudir al médico luego de un problema de estrés, depresión, pérdida laboral o algún otro evento estresante ⁽⁴⁾.

El SII 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 son 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 incluye la ansiedad y la depresión son detectados entre un margen del 40 % a 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 ⁽⁵⁾, el factor fisiológico que comprende las alteraciones en la modulación del dolor como la hipersensibilidad visceral; esta hipersensibilidad visceral ocurre frente a eventos fisiológicos gastrointestinales. De igual forma están las alteraciones autonómicas que provocan trastornos en la motilidad intestinal, alteraciones en la respuesta neuroendocrina al estrés y anormalidades en el ciclo del sueño.

La prevalencia del SII varía enormemente dependiendo del criterio diagnóstico utilizado. Así, si usamos criterios basados en la frecuencia de síntomas (criterios de Roma II), la prevalencia es menor que si utilizamos criterios basados únicamente en su presencia (Criterios de Roma I). En cualquier caso, no hay duda de que la importancia del SII viene dada por su alta incidencia y sus costos personales (calidad de vida) y sociales (ausentismo laboral, consumo de fármacos, ocupación de consulta ambulatoria, pruebas clínicas, etc.) ⁽⁶⁾.

Son numerosos los estudios que evidencian que los estresores sociales, la historia de abuso físico y/o sexual y otros factores psicológicos, como la personalidad y los trastornos psiquiátricos, desempeñan un papel importante en la manifestación del SII (Benasayag, Feixas y Mearin, 2002; Drossman, Creed, Olden, Sveldung, Toner y Whithead, 1999; Gutman, 2003). En general, los pacientes con SII comparados con controles sanos obtienen puntuaciones superiores en trastornos de ansiedad, especialmente ansiedad generalizada y trastorno de angustia (Blanchard, 2001), así como en trastornos de somatización y trastornos del estado de ánimo como la depresión mayor (Lydiard, 1992; Walker, Roy-Byrne, Catón, Li, Amos y Jiranek, 1990). Los estudios sobre el tipo de personalidad muestran que los pacientes con SII manifiestan más alteraciones que la población normal y que los enfermos con trastornos orgánicos (Drossman *et al.*, 1988) ⁽⁶⁾.

En Estados Unidos genera 2.4 – 3.5 millones de consultas médicas al año, 2.2 millones de prescripción de medicamentos y un costo anual de 33 billones de dólares, de los cuales 8 billones son costos directos. Otra fuente de gastos generados por los pacientes con SII, lo constituye el mayor número de cirugías abdomino-pélvicas en ellos. Al respecto se ha encontrado que estos pacientes son

operados tres veces más de colecistectomías, dos veces más de histerectomías y apendicectomías y 50% más cirugías de columna que los pacientes sin SII. Este exceso de cirugías, probablemente se debe a un diagnóstico equivocado ⁽⁷⁾.

Las intervenciones innecesarias en una población con SII, puede ocasionar importante morbimortalidad y reducir notablemente la calidad de vida de los pacientes que consultan y solo mínimamente en los que no lo hacen. La calidad de vida de los pacientes con SII, es inferior a la de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

En cuanto *al diagnóstico* se refiere, tenemos que incidir en cuanto a un diagnóstico oportuno de SII, en donde sus síntomas predominantes 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. Estos pacientes alteraciones crónicas del hábito intestinal, que alternan entre diarrea y estreñimiento y frecuentemente síntomas se asocian o se exacerban con el estrés, alcohol o algunos alimentos.

Es común que 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. Algunos pacientes pueden tener síntomas extracolónicos tales como dispepsia, pirosis, regurgitación e incluso extra intestinales como urgencia urinaria, disfunción sexual, fibromialgia, dispareunia, alteraciones del sueño, dificultades menstruales, dolor lumbar, cefalea y fatiga crónica. ⁽⁷⁾

El diagnóstico se basa en los *criterios diagnósticos de Roma* (criterios de Roma I en 1992 y II en 1999) los que coinciden que, los síntomas deben estar presentes por 3 meses en forma continua o recurrente (consenso Roma I):

I) Criterios Roma I: 1. Dolor abdominal que se alivia con la defecación y/o con cambios en la frecuencia de la defecación y/o a cambios en la consistencia de la deposición. 2. Dos o más de los siguientes síntomas: en 25% de las oportunidades o días, alteraciones en la frecuencia de evacuación, alteración en la forma de la deposición, en el pasaje de la deposición, con mucosidad, ruidos y distensión abdominal o plenitud.

II) Criterios Roma II. Presencia por lo menos durante 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses precedentes, de malestar abdominal o dolor con las siguientes características: alivio post defecación y/o inicio asociado a cambio en la frecuencia de la deposición y/o inicio asociado con cambio en la apariencia de la deposición. Estos tienen un valor predictivo positivo de 100 % con una sensibilidad de 65 %. ⁽⁸⁾

Ahora bien, el manejo actual se basa en establecer un diagnóstico positivo y asegurar al paciente que no hay una patología orgánica seria. No hay un estándar

de oro en el tratamiento, en el que, en general es sintomático, con diferentes medicamentos dirigidos a los síntomas específicos y es importante un apoyo psicológico.

Por otra parte, están quienes sostienen que la ansiedad o la depresión son la consecuencia directa del sufrimiento experimentado durante años y generado por la propia enfermedad (*Lancet*, 1995). Quizá una hipótesis más acorde con el enfoque biopsicosocial, y que debería ser investigada con mayor profundidad, sería la de que ambas explicaciones pudieran ser complementarias, de tal forma que, una cierta predisposición psicológica puede favorecer la aparición de molestias intestinales y, a su vez, tales molestias pueden exacerbar dichos rasgos psicológicos originándose un círculo vicioso recurrente ⁽⁶⁾.

Esto nos hace reflexionar, que en el Síndrome de Intestino Irritable, un papel muy importante es, el determinar el porcentaje de pacientes que requieren de psicoterapia, debido a que del 40 - 60%, según estudios internacionales y nacionales, se encuentran presentes los trastornos psicológicos, principalmente la ansiedad y la depresión, a lo cuál, se debe instaurar tratamiento complementario, ya que el no hacerlo, tiende a aumentar su cronicidad y persistencia de los síntomas de la enfermedad y difícilmente la remisión del cuadro.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Síndrome de Intestino Irritable es una enfermedad compleja y crónica, por lo que representa una alteración en la calidad de vida del paciente, e incurre en la necesidad de hacer una evaluación oportuna y temprana de la enfermedad, además de la necesidad de identificar sus principales factores de riesgo, entre estos, los trastornos psicológicos más frecuentes que, comprenden la ansiedad y depresión.

Así mismo, dentro de la definición de Síndrome de Intestino Irritable, se incluyen algunos pacientes diagnosticados en nuestra práctica médica cotidiana (consulta externa de medicina familiar), con esta patología que no cumplen con los criterios de ROMA II, por lo que es indispensable, hacer una revaloración y verificar la concordancia del diagnóstico establecido con los criterios utilizados para tal entidad. Por tanto, me fórmulo la siguiente pregunta:

¿Cuál es la concordancia diagnóstica del Síndrome de Intestino Irritable en base a los criterios de Roma II y su asociación con la ansiedad y depresión?

OBJETIVOS:

*** General:**

- Determinar la concordancia diagnóstica del Síndrome de Intestino Irritable en base a criterios de Roma II y su asociación con la ansiedad y depresión, en los pacientes de la consulta externa de la UMF No. 21 del IMSS.

*** Específicos:**

- Determinar por criterios de Roma II la prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable.
- Identificar la prevalencia de ansiedad en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable.
- Identificar la prevalencia de depresión en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable.

HIPÓTESIS (de trabajo).

➤ *ALTERNA:*

- La prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la UMF 21 de los pacientes estudiados será del 80% y de estos, presentarán ansiedad y depresión en un 40%.(*)

➤ *NULA:*

- La prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la UMF 21 de los pacientes estudiados será la misma establecida desde su diagnóstico, así como presentarán ansiedad y depresión en menos de la mitad de los casos.

(*) Respuesta al tratamiento con bromuro de pinaverio en un grupo de pacientes con síndrome de colon irritable y diversos grados de neurosis. Rodríguez Magallán, A; Ascencio Huerta, Leticia; Altamirano Gómez Trinidad. Medicina Interna de México, Vol. 21, No. 6, Noviembre-Diciembre, 2005. Págs.: 426 – 430.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente estudio es *observacional* por la maniobra experimental, *retrospectivo* en cuanto a captación de la información, *transversal* por una sola medición en el tiempo, *descriptivo*, por un solo grupo de estudio, y *analítico* por dirección del análisis y la asociación de variables y su correlación.

Se realizó un estudio de prevalencia, a través de la determinación de la depresión y ansiedad, mediante las escalas de Hamilton: HDRS y HARS, respectivamente; así como mediante el uso de criterios de Roma II, para la determinación del diagnóstico correcto del Síndrome de Intestino Irritable.

➤ **Universo ó población de estudio:**

Se tomó la población de pacientes derechohabientes de la UMF 21 del IMSS, a partir de la base de datos de ARIMAC del SIMF, en base al criterio K58.9 de la CIE, con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

➤ **Muestra:**

Pacientes de la UMF 21, atendidos en los distintos consultorios de la unidad, seleccionados de forma aleatorizada posterior a su identificación en la base de datos de la unidad, que se encuentren en el grupo de los 18 a 45 años.

➤ **Criterios:**

1. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años y menores de 45 años, de cualquier sexo, adscrito a la UMF 21, con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (CIE-10, K58.9).

2. Criterios de no inclusión: Paciente con patología psiquiátrica diferente de depresión y ansiedad ya diagnosticada; personas analfabetas, o con discapacidad física (que no puedan resolver el cuestionario).

3. Criterios de eliminación: Pacientes que no llenen adecuadamente el cuestionario: cuestionarios incompletos, mal llenados, sin nombre, etc.; cambio de domicilio, falta de vigencia del IMSS.

Descripción general del estudio:

Se identificó a los pacientes derechohabientes de la UMF No. 21, a partir de la base de datos del SIMF (ARIMAC), se procedió a buscar en base a la CIE – 10, la clave K58.9 para identificación de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable, posteriormente por número de afiliación, se tomaron en cuenta aquellos que cumplan dentro del rango del año de 1963 a 1990, con el fin de englobar el grupo de edad de pacientes de 18 a 45 años, económicamente productivos; posteriormente se realizó mediante un estudio aleatorio y de acuerdo al tamaño de la muestra, la selección de pacientes de en el rubro de edad mencionado. Se procedió entonces, a comunicarse por teléfono a través del servicio de trabajo social con cada paciente, a los cuales se les dio una información concisa sobre su enfermedad y se les invitó a acudir a la unidad, para ser informados de manera formal sobre la patología y la realización del estudio, su objetivo y finalidad.

De esta manera, a los que aceptaron se les aplicaron los cuestionarios de criterios Roma II, para corroborar el diagnóstico establecido de Síndrome de Intestino Irritable (concordancia diagnóstica); y de manera secundaria, se les aplicaron las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad (HDRS y HARS, respectivamente), otorgando un tiempo de 35 – 40 minutos para la realización de ambos cuestionarios, con sede en el auditorio de la unidad. Agregando, de aquellos pacientes que no aceptarán dentro del rubro de la muestra, se volviera a realizar al azar la selección del complemento de pacientes para completar la muestra, y de esta manera el mismo procedimiento antes mencionado.

Durante la aplicación de los cuestionarios, se conto con personal médico, de trabajo social y apoyo de enfermería, por si existiera alguna duda en cuanto al cuestionario; previamente se les informó sobre su contenido y se dio una breve explicación de cómo se debe contestar y que además era completamente confidencial y anónimo; luego una vez terminada la evaluación, se indicó el tiempo aproximado de análisis y se les invitó a conocer los resultados, para su manejo complementario, otorgando una fecha.

Posteriormente se realizó su evaluación determinando y calculando la prevalencia de depresión y de ansiedad en este grupo de pacientes, en torno a los que reunieron criterios de Roma II, y se estableció su correlación integral, haciendo un análisis de las diferentes variables, dando por concluido el análisis de resultados.

Definición y clasificación de las variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR
Grupo de Edad	Independiente Cuantitativa discreta	Número de años de vida cumplidos a partir del nacimiento y hasta la fecha actual.	Del expediente clínico en el rubro de años cumplidos, del margen superior derecho.	Número de años cumplidos.
Sexo	Independiente Cualitativa nominal	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Del expediente clínico en el rubro de sexo, del margen superior central.	1. Masculino 2. Femenino
Estado Civil	Independiente Cualitativa nominal	Situación de la población mayor de 12 años en relación a las leyes del matrimonio.	Del expediente clínico, bajo el rubro de la ficha de identificación en cuanto a estado civil, y tomado de los cuestionarios a evaluar.	1. Unión libre 2. Soltero(a) 3. Casado(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a)
Escolaridad	Independiente Cualitativa nominal	Nivel de instrucción de la población mayor de 15 años, o último grado de estudios aprobado por la SEP.	En el rubro de máximo grado de estudios en el cuestionario, en ficha de identificación.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Carrera Técnica 4. Bachillerato o prepa. 5. Licenciatura o posgrado.
Síndrome de Intestino Irritable	Independiente Cualitativa Nominal	Patología del tubo digestivo que se determina a través de criterios de ROMA II.	Del SIMF, localizado en la base de datos bajo el criterio K58.9, del CIE-10.	1. Presente 2. Ausente
Depresión	Dependiente Cualitativa ordinal	Trastorno psíquico donde se presentan síntomas de tristeza, pérdida, ira o frustración, que interfieren con la vida normal de la persona en un período prolongado.	De acuerdo al análisis de resultados obtenido en el cuestionario HDRS, en la parte inferior derecha.	Grave= ≥ 25 puntos. Moderada=18 a 24 Leve= De 7 a 17 puntos. Ausencia o remisión= < 6 puntos.
Ansiedad	Dependiente Cualitativa ordinal	Estado emocional en que se experimenta sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente.	De acuerdo al análisis de resultados obtenido en el cuestionario HARS, en la parte inferior derecha.	Moderada / Grave: ≥ 15 puntos. Leve: De 6 a 14 puntos. Ausencia o remisión: De 0 a 5 puntos.

Cálculo del tamaño de muestra:

La muestra la constituyen un total de $n =$ pacientes. Se utilizó la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones: Se obtendrá mediante la determinación de pacientes portadores de Síndrome de Intestino Irritable, en Criterios del CIE-10, bajo el rubro del K58.9, escogidos de forma aleatorizada, los cuáles quieran participar en el estudio, que sean derechohabientes de la UMF No. 21, en el rango de edad de 18 – 45 años, del 01 de Junio del 2007 al 31 de Mayo del 2008; mediante la siguiente fórmula:

$$n: \frac{N Z^2 (p) (q)}{d^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

Dónde:

n: muestra

N: Población total (características antes mencionadas).

Z: % de la desviación estándar.

p: % de pacientes que presentan ansiedad y depresión.

q: Complemento de p, que no presentan ansiedad y depresión.

d: Valor del rango establecido, en 0.095 como promedio.

* Sustituyendo los valores obtenemos lo siguiente:

$$n: \frac{908 * 1.96^2 (0.6) (0.4)}{0.095^2 (908-1) + 1.96^2 * 0.6 * 0.4} = 93.$$

DISEÑO ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del procesamiento de los resultados obtenidos de los cuestionarios realizados de esta investigación, mediante la utilización del equipo software (PC), realizando la base de datos en Excel con el concentrado de datos, para posteriormente con la utilización del programa SPSS versión 15, 2006 y la paquetería de Excel para la realización de tabulaciones y gráficos de los resultados obtenidos. Así bien se realizará mediante el método de Chi – Cuadrada, el análisis de las variables para correlación con el programa Epidat en cuanto a Síndrome de Intestino Irritable, ansiedad y depresión.

FACTIBILIDAD Y ÁSPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo a la programación de las actividades y necesidades de la investigación, se consideran los siguientes aspectos para la realización de esta:

I. Recursos Humanos:

- Médico residente de medicina familiar (1 ó 2)
- Pacientes participantes.
- Trabajadora social.

II. Recursos materiales:

- Computadora.
- Impresora.
- Software y paquetería básica (Word, Excel, Power Point), SPSS.
- Fotocopiadora.
- Memoria USB.
- Hojas blancas (cuestionarios).
- Lápices, gomas y sacapuntas.
- Cuestionarios de Hamilton (HDRS y HARS).
- Auditorio de la unidad.

III. Recursos financieros:

- Propios del investigador.

ASPECTOS ÉTICOS.

En el presente estudio de investigación se realizara con la finalidad de establecer previamente la información de la actividad a realizar y su finalidad, sin que esto atenté contra la integridad física o mental del paciente; aclarando que los procedimientos propuestos en esta investigación, están conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; además de que el bienestar de los pacientes se respetará, así como la información que proporcionen será confidencial de acuerdo a los principios contenidos en el Código Penal y la Ley General de salud.

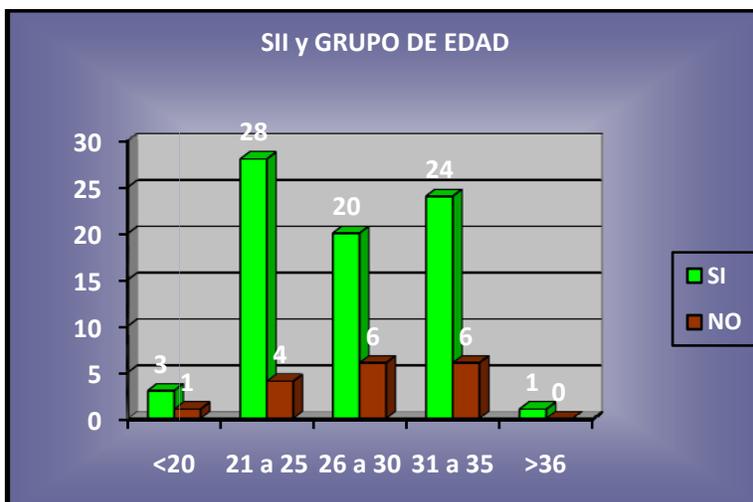
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

R E S U L T A D O S: Los resultados obtenidos fueron del período comprendido entre el 01 de Junio del 2007 al 31 de Mayo del 2008, de los pacientes que se encontraban diagnosticados con síndrome de intestino irritable, en el SIMF bajo el criterio CIE-10, en el rubro K58.9; estudiándose un total de 93 pacientes en edad económicamente activa, de los 18 a 45 años, que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 21 “Francisco del Paso y Troncoso”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, México D. F.

Se encontró por grupo de edad que la mayor prevalencia se presenta en el rango de los 21 a 25 años, así como la menor proporción después de los 36 años del grupo estudiado; en tanto que el mayor número de pacientes mal diagnosticados con síndrome de intestino irritable, se encuentra entre los 26 a 35 años. La edad de los pacientes fue de 18 a 45 años, con edad promedio de 27 años. Del total de pacientes estudiados, el 81.7% tuvo diagnóstico de síndrome de intestino irritable, de acuerdo a criterios de Roma II, así como 18.3% pacientes restantes no lo tenían. Esto se observa por grupo de edad en la siguiente tabla y gráfico.

Síndrome de Intestino Irritable y Grupo de Edad.

		GPO.EDAD					Total
		<20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	>36	
SII	SI	3	28	20	24	1	76
	NO	1	4	6	6	0	17
Total		4	32	26	30	1	93

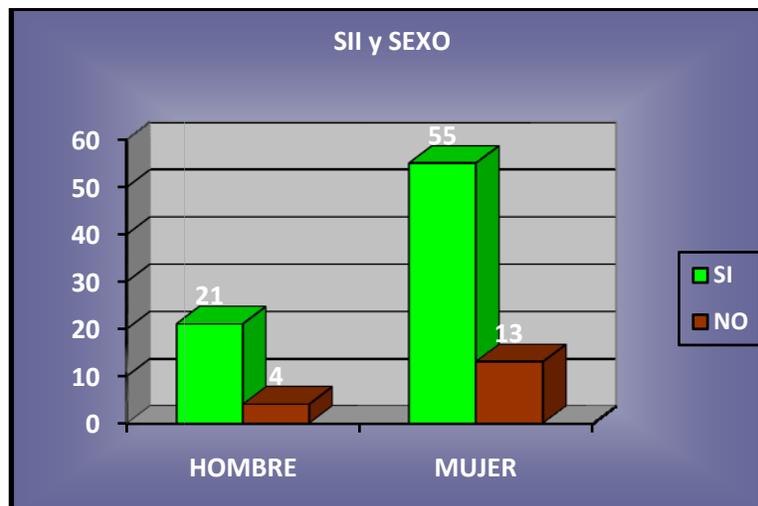


FUENTE: Cuestionarios de CR – II, HARS Y HDRS.

De los pacientes con síndrome de intestino irritable, el 22.6% fueron hombres y el 59.1% mujeres, lo que corresponde a 84% del total de hombres estudiados y 80.9% de las mujeres estudiadas, respectivamente; observando que el grupo por sexo más frecuente es en las mujeres, siendo así desde la muestra obtenida.

Síndrome de Intestino Irritable y Sexo.

		SEXO		Total
		HOMBRE	MUJER	
SII	SI	21	55	76
	NO	4	13	17
Total		25	68	93

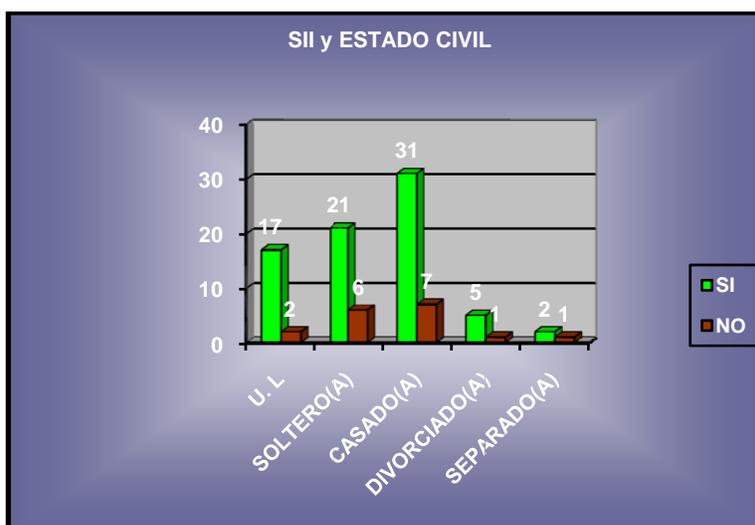


FUENTE: Cuestionarios de CR – II, HARS Y HDRS.

La distribución por estado civil en que, se encontró la mayor prevalencia del síndrome de intestino irritable, fue en los casados(as) con un 33.3%, seguido del grupo de solteros(as) con el 22.6%, que no muestra correlación significativa por esta variable.

Síndrome de Intestino Irritable y Estado Civil.

		EDO.CIVIL					Total
		UNION LIBRE	SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	SEPARADO(A)	
SII	SI	17	21	31	5	2	76
	NO	2	6	7	1	1	17
Total		19	27	38	6	3	93

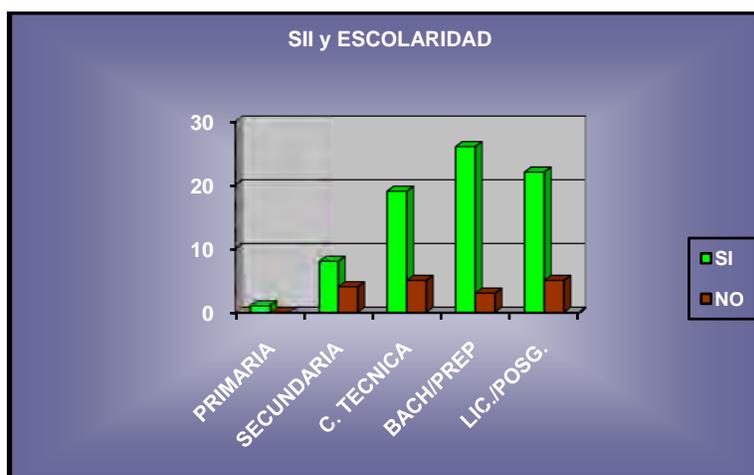


FUENTE: Cuestionarios de CR – II, HARS Y HDRS

De acuerdo a la escolaridad en que predomina el síndrome de intestino irritable, el 27.9% correspondió al bachillerato o preparatoria y en segundo lugar licenciatura ó posgrado con el 23.6%, tomando en cuenta que el rango de edad es de pacientes económicamente activos, de los 18 a 45 años, y aquellos en formación académica.

Síndrome de Intestino Irritable y Escolaridad.

		ESCOLARIDAD					Total
		PRIMARIA	SECUNDARIA	CARRERA TECNICA	BACHILLERATO O PREPA	LICENCIATURA O POSGRADO	
SII	SI	1	8	19	26	22	76
	NO	0	4	5	3	5	17
Total		1	12	24	29	27	93

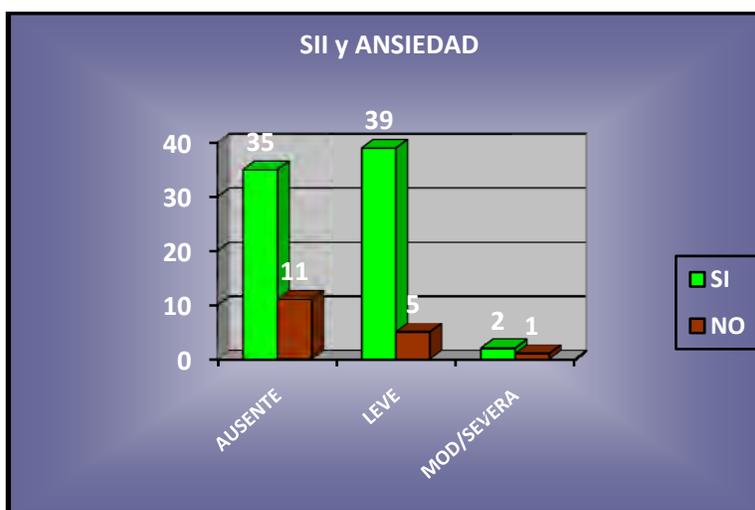


FUENTE: Cuestionarios de CR – II, HARS Y HDRS

En base a los resultados obtenidos, observamos dentro del grupo de pacientes con síndrome de intestino irritable, que la presencia de ansiedad, en algún grado manifiesto es del 44%, mientras los no portadores es del 6.4%; sin embargo de acuerdo a los resultados obtenidos por el método de Chi – Cuadrada, encontramos que existe una correlación, la cuál no es concluyente dado el rango del intervalo de confianza que sobrepasa la unidad, debido probablemente al tamaño de la muestra.

Síndrome de Intestino Irritable y Ansiedad.

		ANSIEDAD			Total
		Ausente	Leve	Moderada / Grave	
SII	SI	35	39	2	76
	NO	11	5	1	17
Total		46	44	3	93



FUENTE: Cuestionarios de CR – II, HARS Y HDRS

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos por método de Chi – Cuadrada.

	C	\bar{C}	
	41	6	E
	35	11	\bar{E}

OR: 2.15

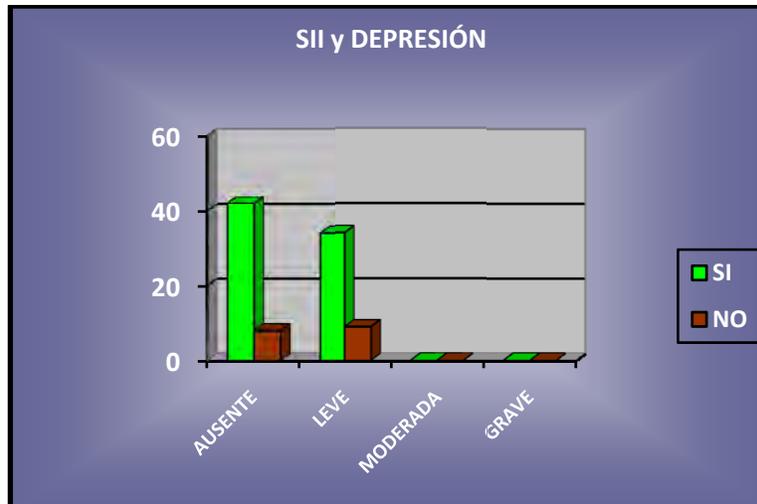
IC 95%: 0.65 – 7.37

p: 0.17

En base a los resultados obtenidos, en cuanto a depresión, se presenta en pacientes con síndrome de intestino irritable en el 36.5%, mientras que los aparentemente sanos fue del 9.6% la prevalencia; así bien con el uso de Chi – Cuadrada observamos que no existe diferencia significativa de los pacientes con síndrome de intestino irritable y depresión, de aquellos que no lo presentan, dado que la p no es significativa y el intervalo de confianza se encuentra dentro de la unidad, no siendo esto representativo; obtenido de un total de 93 pacientes de la UMF 21, de cualquier sexo y de ambos turnos, del período del 01 de Junio del 2007 al 31 de Mayo del 2008.

Síndrome de Intestino Irritable y Depresión.

		DEPRESION		Total
		Ausente	leve	
SII	SI	42	34	76
	NO	8	9	17
Total		50	43	93



FUENTE: Cuestionarios de CR – II, HARS Y HDRS

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos por método de Chi – Cuadrada.

	C	\bar{C}	
	34	9	E
	42	8	\bar{E}

OR: 0.72
 IC 95%: 0.25 – 2.06
 p: 0.54

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Este estudio nos mostró una concordancia del 81.6% en relación a criterios de Roma II en relación a los que tenían síndrome de intestino irritable. La prevalencia de depresión fue de 36.5% y de la ansiedad 44%, que se presentó en el grupo de pacientes con síndrome de intestino irritable, quedando la depresión por debajo del porcentaje esperado; así bien, se encontró 2 veces más la relación de SII con ansiedad, sin ser significativo por el tamaño de la muestra, en cuanto a depresión se encontró 0.72 veces la asociación con síndrome de intestino irritable, sin ser significativo.

Los resultados obtenidos en este estudio de un total de 93 pacientes en edad económicamente activa, con rango de edad de los 18 a 45 años, que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 21 “Francisco del Paso y Troncoso”, mostró que la prevalencia de síndrome de intestino irritable en pacientes supuestamente diagnosticados fue del 81.7%, aplicando los criterios de

Roma II, dónde el 18.3% restante no cumplió dichos parámetros. Mientras que por rubro de edad estudiado se presentó en el rango de los 21 a 25 años, y la menor proporción después de los 36 años, en tanto que el mayor número de pacientes mal diagnosticados con síndrome de intestino irritable se encuentra entre los 26 a 35 años.

Del total de pacientes con síndrome de intestino irritable, el 22.6% fueron hombres y 59.1% mujeres, lo que corresponde a 84% del total de hombres estudiados y 80.9% de las mujeres estudiadas, observando que en el sexo femenino, es donde más se presenta la entidad, acorde a lo revisado en la literatura, en proporción 2:1, aunque estadísticamente hubo diferencia significativa entre dichas proporciones, con la χ^2 y el *odds ratio* se demostró que el sexo no es un factor de riesgo.

La distribución por estado civil en que se encontró mayor prevalencia del síndrome de intestino irritable, fue en los casados(as) con un 33.3%, seguido del grupo de solteros con el 22.6%, que no muestra correlación significativa por esta variable. Y de acuerdo a la escolaridad en que predomina el síndrome de intestino irritable, el 27.9% correspondió al bachillerato o preparatoria y en segundo lugar licenciatura ó posgrado con el 23.6%, tomando en cuenta que el rango de edad es de pacientes económicamente activos o en edad escolar media superior.

En base a los resultados obtenidos, dentro de la correlación de pacientes con síndrome de intestino irritable y la presencia de ansiedad en algún grado, fue del 44% respecto al total de pacientes; sin embargo de acuerdo a los resultados obtenidos por el método de Chi – Cuadrada, encontramos que existe una correlación, la cuál no es concluyente dado que p sobrepasa 0.05% (0.16%) y el rango del intervalo de confianza sobrepasa la unidad, esto debido probablemente al tamaño de la muestra que es pequeño, sin embargo se podría correlacionar de mejor manera con un tamaño de muestra mayor.

Mientras que en cuanto a la asociación de síndrome de intestino irritable y depresión, se observó estadísticamente hablando en el 36.5%, mientras que con el uso de Chi – Cuadrada observamos que no existió una diferencia significativa, dado el valor de p y el intervalo de confianza se encontró dentro de la unidad, no siendo esto representativo, por lo que no podemos correlacionar la presencia de la enfermedad en cuanto al trastorno depresivo analizado; obtenido de un total de 93 pacientes de la UMF 21, de cualquier sexo y de ambos turnos, del período del 01 de Junio del 2007 al 31 de Mayo del 2008.

DISCUSIÓN:

- Este estudio en relación a la investigación fue exploratoria, consideramos que en los próximos estudios se realice un estudio de casos y controles, así como de las relaciones o asociaciones de riesgo con este padecimiento, ya que por la muestra requiere ser un grupo mayor para su significancia estadística.
- Este estudio esta limitado porque sólo se obtuvo población con diagnóstico de síndrome de intestino irritable; sin embargo consideramos que puede ser punta de lanza para estudios posteriores en torno a este padecimiento, tomando en cuenta población aparentemente sana.
- Podemos ver que en este estudio la escolaridad y/o el estado civil, no toman parte de los factores de riesgo para el desarrollo de la entidad.
- En cuanto al sexo, observamos que sigue siendo más frecuente en torno a las mujeres en relación de 2:1, que esta fundamentado en la literatura.

SUGERENCIAS:

- Propongo la realización de un estudio inicial de prevalencia, para la valoración de la población en general, ya que muchas ocasiones se enmascara el cuadro con otras entidades; encuestando a un grupo de pacientes mayor para conocer la realidad en nuestra población de esta enfermedad.
- Validar el uso de los criterios de Roma II y su significancia en cuanto a sensibilidad y especificidad, para un acercamiento claro a la entidad.
- Considerar el uso de otros métodos estadísticos para el análisis de los resultados, acorde a la población.
- Realizar la elección de los pacientes de forma oportuna y temprana, ya que existen sesgos siempre, entonces con tiempo, se puede reajustar.
- Incluir cuestionarios de evaluación validados en versión castellana o en español para la adaptación de las preguntas.

DIFUSIÓN:

El presente estudio se dará a conocer en sesión general en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, en ambos turnos, así como en el Hospital General de Zona No. 30; y se intentara participar en foros de investigación y finalmente se enviara para tratar de realizar su publicación en una revista indexada.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.** Síndrome de Intestino irritable. JAMA, Vol. 292, No.7, Agosto 18, 2004, pág. 288.
- 2.** Respuesta al tratamiento con bromuro de pinaverio en un grupo de pacientes con síndrome de colon irritable y diversos grados de neurosis. Rodríguez Magallán, A; Ascencio Huerta, Leticia; Altamirano Gómez Trinidad. Medicina Interna de México, Vol. 21, No. 6, Noviembre-Diciembre, 2005. Págs.: 426-430.
- 3.** Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. Campos H., Irma; León B., Raúl; Cornejo Z., Carlos. Revista de Gastroenterología, Vol. 21, No. 3, Lima – Perú; Julio/Septiembre, 2001.
- 4.** Relación entres síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y Síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. Cornejo Z., Carlos; Villarreal M. Juan. Revista de Gastroenterología, Vol. 25, No. 2, Lima – Perú; Abril/Junio, 2005. Págs. 156 – 160.
- 5.** Síndrome de Intestino Irritable, Aspectos Psicológicos. M. González, M. de Ascencao. Revista de la Facultad de Medicina, Vol. 28, No. 2, Caracas – Venezuela; Junio, 2005.
- 6.** Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. Benasavag, Ruth y col's. International Journal of Clinical and Health Psychology (IJCHP), Vol. 4, No. 1, 2004; Págs. 105-119.
- 7.** Síndrome de Intestino Irritable. Otero y Gómez. Artículo de Revisión; Revista Gastroenterología del Perú, Vol. 1, No. 25; págs. 189-197.
- 8.** Síndrome de intestino irritable en el adulto que acude a una unidad de medicina familiar. Leyva – Jiménez y col's. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 44, No. 5, México D. F, Septiembre, 2005; Págs.: 473-479.
- 9.** Tratamiento psicológico para el abordaje del síndrome de colón irritable. Bernstein de Gutman Silvia. Revistad de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 66, No. 2, Diciembre, 2002.
- 10.** Escalas Diagnósticas y de Evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. Sánchez Pérez J. A y col's. Revista de Salud Mental en Atención Primaria, Año 5, No. 3, Madrid – España, 2005.
- 11.** Síndrome de Intestino Irritable. Schmulson, Máx., Siu M, Ana G. Módulo VI: trastornos funcionales digestivos. Revista Mexicana de Gastroenterología, México D. F, 2006; págs.; 77-78.

- 12.** Pathophysiology of the Irritable Bowel Syndrome. A. Mayer, Emeran. Módulo de Intestino irritable. Revista gastroenterología de México, Vol. 72, Supl. 1, 2007; págs.: 61-62.
- 13.** Síndrome de Intestino Irritable Síndrome de Intestino irritable: Tratamiento. Brito Lugo, Pedro. Revista gastroenterología de México, Vol. 72, Supl. 1, 2007; págs.: 62-63.
- 14.** Síndrome de Intestino Irritable Refractario. Schmulson W., Pulido, Daniela. Revista Mexicana de Gastroenterología, Vol. 72, Supl. 1, 2007; págs.: 64-65.
- 15.** Diferencia en la escala de gravedad de síntomas de estrés en español entre pacientes con Síndrome de Intestino Irritable (SII) y controles sanos. Huerta, Ivonne y col's. Revista Mexicana de Gastroenterología, Vol. 67, No. 3, 2002; págs.: 161-165.
- 16.** Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. Cruz Ruiz, M. Alberto y col's. Revista Mexicana de Gastroenterología, Vol. 72, No. 1, 2007; págs.: 29-33.
- 17.** Gastroenterología Elemental. Gómez Maganda y Silva, Tomás. Méndez Editores, México D. F, 2003; Págs. 158 – 162.
- 18.** Fundamentos de Gastroenterología. Abreu, Luis Martín. 4ta. edición, Méndez Editores, México D. F, 1996; Págs. 451 – 455.
- 19.** Gastroenterología. Villalobos Pérez, José de Jesús. 4ta. edición, Vol. II, México D. F, 2003; Págs. 1119 – 1125.
- 20.** Enfermedades gastrointestinales y hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Sleisenger, Marvin H., Friedman, Lawrence S., Feldman, Mark. 7ma. ed. Tomo 2, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires – Argentina, 2004; Págs. 1910 – 1921.
- 21.** CIE – 10. Enciclopedia Wikipedia: <http://es.wikipedia.org/wiki/CIE-10>.

A

N

E

X

O

S

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF No. 21

CONSENTIMIENTO INFORMADO



A quien corresponda:

Por medio del presente, doy por enterado y acepto de forma libre y voluntaria, yo _____, como paciente de ____ años, derechohabiente de la UMF No. 21, que se me ha informado acerca de la investigación a realizarse, en relación a la determinación de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de intestino irritable, y que la información que proporcione será utilizada con fines médicos y de forma confidencial.

Para lograr esto, acepto contestar dos cuestionarios que me son proporcionados por el medico investigador, quedando en la conformidad de los resultados obtenidos. Informándome previamente que no se incurre en ningún riesgo de la realización de tal.

Nombre y firma: _____

Fecha: _____

Aplicador: _____

CUESTIONARIO DE CRITERIOS DE ROMA II.

DATOS PERSONALES:

No. Afiliación: _____

Edad: _____ años.

Sexo: _____ (M/F)

Estado civil: _____

Escolaridad: _____
(Grado máximo de estudios)

INSTRUCCIONES: Elija en cada pregunta Sí o No, marcando con una X, de acuerdo a la respuesta que considere más adecuada, conforme a su apreciación.

Recordará usted al menos en las últimas 12 semanas, no necesariamente consecutivas, ó en los 12 meses previos a la fecha, que haya presentado

	Sí	No
1. Dolor ó malestar abdominal:	()	()
2. Se alivia el dolor con las defecación; y/o	()	()
3. Hay cambios en la frecuencia de la defecación; y/o	()	()
4. Hay cambios de la forma o aspecto de las heces.	()	()
<i>Otras molestias que haya presentado usted:</i>		
5. Frecuencia anormal de defecación (Más de 3 al día o menos de 3 por semana);	()	()
6. Aspecto anormal de las heces (Grumosas / duras ó blandas / acuosas);	()	()
7. Paso anormal de las heces (Estreñimiento, urgencia o sensación de evacuación incompleta);	()	()
8. Presencia de moco en las heces;	()	()
9. Hinchazón o sensación de distensión abdominal.	()	()

GRACIAS.

ESCALA DE HAMILTON-HARS.

INSTRUCCIONES: Conteste el siguiente cuestionario con una X en la columna de la derecha, de acuerdo a la respuesta que considere usted la más cercana a su sentir.

			Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave	Puntuación
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad						
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse						
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones						
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos						
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria						
6	Humor depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna						
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular						
8	Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación						
9	Síntomas somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento						
10	Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea						
11	Síntomas gastro-intestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborismos, meteorismo, pérdida de peso, estípsis						
12	Síntomas gástrico-uritarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia						
13	Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección						
14	Comportamiento del paciente durante el examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc						
PUNTUACION TOTAL								

ESCALA DE HAMILTON-HDRS.

INSTRUCCIONES: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento (enciérrelo en un círculo o subráyelo).

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente.
 - 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente.
 - 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).
 - 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2. Sentimiento de culpa:
 - 0 = Ausente.
 - 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente.
 - 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.
 - 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo.
 - 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio:
 - 0 = Ausente.
 - 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.
 - 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
 - 3 = Ideas de suicidio o amenazas.
 - 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio).

4. Insomnio precoz:
 - 0 = No tiene dificultad.
 - 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño.
 - 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:
 - 0 = No hay dificultad.
 - 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche.
 - 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

6. Insomnio tardío:
 - 0 = No hay dificultad.
 - 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
 - 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7. Trabajo y actividades:
 - 0 = No hay dificultad.
 - 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).
 - 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación).
 - 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.
 - 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):
 - 0 = Palabra y pensamiento normales.
 - 1 = Ligeramente retraso en el habla.
 - 2 = Evidente retraso en el habla.
 - 3 = Dificultad para expresarse.
 - 4 = Incapacidad para expresarse.

9. Agitación psicomotora:
 - 0 = Ninguna.
 - 1 = Juega con sus dedos.
 - 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
 - 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.
 - 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.

10. Ansiedad psíquica:
0 = No hay dificultad.
1 = Tensión subjetiva e irritabilidad.
2 = Preocupación por pequeñas cosas.
3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.
4 = Expresa sus temores sin que le pregunten.
11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):
0 = Ausente.
1 = Ligera.
2 = Moderada.
3 = Severa.
4 = Incapacitante.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales:
0 = Ninguno.
1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales:
0 = Ninguno.
1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):
0 = Ausente.
1 = Débil.
2 = Grave.
15. Hipocondría:
0 = Ausente.
1 = Preocupado de si mismo (corporalmente).
2 = Preocupado por su salud.
3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda.
16. Pérdida de peso:
0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana.
1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana.
2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana.
17. Perspicacia:
0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo.
1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3 = No se da cuenta que está enfermo.

GRACIAS POR SU PARTICIPACION.