



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

“GABRIEL MANCERA”

**“Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en
la Consulta Externa de la UMF No 28 del IMSS y su
repercusión en la funcionalidad familiar”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

M E D I C I N A F A M I L I A R

PRESENTA

DR. JUAN RAÚL BAUTISTA CORTES

ASESORES:

DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA

DR. ARTURO MAYORAL ZAVALA



MÉXICO, D.F. 2013

No DE REGISTRO: R-2013-3609-26



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”
MÉXICO, D.F.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF NO 28 DEL IMSS Y SU REPERCUSIÓN EN LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR”**

Dra. Lidya Cristina Barrios Domínguez

Director de la Unidad De Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Ivonne Analí Roy García

Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF 28

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

Coordinador Clínico De Educación e Investigación En Salud
Unidad De Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”
MÉXICO, D.F.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF NO 28 DEL IMSS Y SU REPERCUSIÓN EN LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR”**

Dr. Arturo Mayoral Zavala

Director de Tesis

DEDICATORIA

A mis Padres: El Sr. Raul Bautista y la Sra. Filomena Cortes

Por todo el amor, cariño, confianza y apoyo que me han brindado en todo momento y porque solamente ustedes saben el sacrificio que implico llegar a esta meta. Los amo Papas.

A mis Hermanas: Judith, Estela y Alma

Por todo su cariño y apoyo que me brindaron durante el transcurso de mi carrera, las Amo Hermanas...

A mis sobrinos:

Eider, Ulises, Karla, Dante y la Pequeña Rebequita quienes han sido mi consuelo y mi alegría en los momentos difíciles...

A mis asesores: la Dra. Ivonne Roy y el Dr. Arturo Mayoral por su valiosa colaboración en la realización en este trabajo.. Gracias.

A mis compañeros residentes, que a pesar de las dificultades y diferencias logramos una meta más en nuestras vidas.

Un especial agradecimiento a la Dra. Ivonne Ortiz y a la Dra. Beatriz Arredondo por su valiosa enseñanza y cooperación en la captura de la muestra...

TÍTULO

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF NO 28 DEL IMSS Y SU
REPERCUSIÓN EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR”**

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
1. ANTECEDENTES.....	2
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 DEFINICIÓN DE INTESTINO IRRITABLE.....	3
2.2 CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE..	4
2.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	5
2.4 PREVALENCIA E INCIDENCIA MUNDIAL	6
2.5 FISIOPATOLOGÍA.....	6
2.6 DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE....	7
2.7 MANEJO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.....	8
2.8 FUNCIONALIDAD FAMILIAR	9
2.9 ESCALA DE FACES III	10
3. OBJETIVOS GENERALES.....	12
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
5. JUSTIFICACIÓN	14
6. HIPÓTESIS	16
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
7.1 TIPO DE ESTUDIO	17
7.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	18
7.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	19
7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	20
8. VARIABLES	21
8.1 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
9. DISEÑO ESTADÍSTICO	23
10. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
10.1 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
11. MANIOBRA PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	25
12. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DE LA INVESTIGACIÓN	26
13. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	28
15. RESULTADOS.....	29
16. DISCUSIÓN.....	37
17. CONCLUSIONES.....	38
18. ANEXOS	39
19. BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN

“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS Y SU AFECTACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR”

AUTORES: Dr. Juan Raúl Bautista Cortés*/Dr. Arturo Mayoral Zavala**/Dra. Ivonne Analí Roy García***

*Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar UMF 28.

**Médico gastroenterólogo adscrito a HE CMN SXXI

***Médico familiar adscrito a la UMF 28

INTRODUCCIÓN: El síndrome de intestino irritable (SII) es un padecimiento que afecta de 5 al 20 % de la población general; causa ausentismo laboral, y altera la calidad de vida, afectando la funcionalidad de la misma, por lo cual se considera una enfermedad de alto impacto socioeconómico.

OBJETIVO GENERAL: Determinar la Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con la funcionalidad familiar en los pacientes de 18 a 50 años de edad que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 28 del IMSS en un periodo de 5 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, correlacional y transversal. Se determinó la prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en adultos de 18 a 50 años de edad que acudieron a la consulta externa de la unidad y posteriormente se evaluó el grado de afectación familiar en aquellos pacientes diagnosticados con dicha patología aplicando la Escala de Faces III, durante 5 meses.

DISEÑO ESTADÍSTICO: Se llevó a cabo a través de una base de datos de Microsoft Excel. El tipo de muestra fue no probabilístico. Se registraron 6751 consultas con una prevalencia del 10.76% de síndrome de intestino irritable, varía de 7.99% a 13.52% con intervalo de confianza del 95%. Un rango mínimo de 21 años de edad y un rango máximo de 50 años de edad, media de 35.9 y desviación estándar de 8.98. 42% son casados, con mayor disfunción familiar según FACES III. Se obtuvo un 61% de pacientes con síndrome de intestino irritable y afección en el área de cohesión familiar, Predominan familias amalgamadas; 40% con familias disfuncionales en área de adaptabilidad. El análisis tanto de cohesión como adaptabilidad familiar muestra 13.46% de pacientes con familias disfuncionales. La relación entre funcionalidad familiar y estado civil reporto chi cuadrada de 2.81 con p de 0.05, se acepta que no hay dependencia entre ambas. La relación entre género y funcionalidad familiar, da una chi cuadrada de 1.04 y p de 0.05 por lo que son variables independientes.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE, CRITERIOS DE ROMA III, FUNCIONALIDAD FAMILIAR, FACES III.

1. ANTECEDENTES

El síndrome de intestino irritable (SII) es un diagnóstico común en la práctica clínica, se estima que aproximadamente el 3% de las consultas de Atención Primaria y el 16-25% de las de gastroenterología son debidas al SII. La prevalencia en nuestro país varía entre el 3,3% y el 13,6 % según los criterios diagnósticos empleados, existiendo menor prevalencia en los ancianos (7)

En México, algunos investigadores estiman que la prevalencia en la población abierta es de 18%,8 como sucede en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México, porcentaje establecido en el seguimiento durante tres años de 347 consultas en las que se encontraron 80 casos que cumplían con los criterios para diagnosticar síndrome de intestino irritable, lo que equivale a 23.5% (8).

Los médicos generales, familiares, internistas y cirujanos son quienes más atienden a estos pacientes con sintomatología aguda o crónica (8).

Los criterios de diagnóstico clínico fueron establecidos inicialmente por Manning en 1978, Estos criterios tienen una sensibilidad de 58 a 81 % y una especificidad de 67 a 87 %; basados en la existencia de dolor abdominal que mejoraba con la defecación, distensión abdominal, moco en heces y sensación de evacuación incompleta. Estos criterios fueron sustituidos por los criterios de Roma III, que asignan temporalidad a la sintomatología, se menciona que estos criterios tienen un valor predictivo positivo del 100% con una sensibilidad de 70% (9).

A pesar de su alta prevalencia, sólo del 25 al 30% de los pacientes acude a consulta, lo que representa de 2.4 a 3.5 millones de consultas anuales en Estados Unidos y 2.2 millones de prescripciones al año. En la mitad de los pacientes con SII, los síntomas Inician entre los 30 y los 50 años de edad, aunque hay pacientes en quienes los síntomas comenzaron desde la infancia. Los registros en México señalan que este padecimiento se encuentra en un amplio rango de edad entre los pacientes afectados, ya que se presenta entre los 15 y los 40 años (9).

En el 2006 se realizó un estudio en una Unidad de Medicina Familiar para determinar la prevalencia del síndrome de intestino irritable en adultos mayores entre 20 a 49 años de edad y en la cual se encontró que la frecuencia de dicho síndrome en los pacientes estudiados fue de 35 %, siendo más frecuente el predominio del estreñimiento como síntoma principal (1).

Es complicado ubicar a esta enfermedad en una distribución normal estadística, por lo que existen pocos trabajos que permitan conocer, con rigor metodológico, su incidencia y prevalencia; además de la trascendencia epidemiológica derivada de los días de ausencia laboral, afectación emocional y deterioro de la calidad de vida, por tratarse de un problema crónico. A esta perspectiva se agrega la urgente necesidad de obtener información detallada del comportamiento clínico en población mexicana *debido* a que el arsenal terapéutico es escaso.

2. MARCO TEÓRICO

Los trastornos funcionales digestivos son un grupo heterogéneo de síndromes caracterizados por múltiples síntomas gastrointestinales sin una causa orgánica obvia, y relacionados con trastornos de la motilidad gastrointestinal y de la sensibilidad visceral. El síndrome de intestino irritable es uno de los más frecuentes. El nombre clínico de este síndrome se utiliza poco en la población mexicana general y en su lugar se distinguen múltiples sinónimos que médicos y pacientes usan de manera coloquial, como "colitis", "colitis espástica", "colitis nerviosa" y "colitis funcional", entre otros (4).

2.1 DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE:

El síndrome de intestino irritable, según la Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología, es un trastorno intestinal funcional recidivante, definido por criterios diagnósticos basados en síntomas, en ausencia de causas orgánicas detectables. El cuadro sintomático no es específico de SII, ya que dichos síntomas pueden presentarse ocasionalmente en cualquier individuo. Para distinguir el SII de síntomas intestinales pasajeros, los expertos han subrayado la naturaleza crónica y recurrente del SII y han propuesto criterios diagnósticos con base en la frecuencia de aparición de dichos síntomas (3).

Según Los criterios de Roma III, se *define* como un trastorno funcional intestinal en el que el dolor o malestar abdominal, se asocia a cambios en el hábito intestinal o alteraciones en la defecación; es un trastorno crónico y recurrente de curso benigno con episodios de exacerbación y remisión, que afecta la calidad de vida en grado variable y causa ausentismo laboral de quienes lo padecen por lo cual se considera una enfermedad de alto impacto socioeconómico (10).

Cuadro 1.
Criterios de Roma III

Dolor o malestar abdominal recurrente durante por lo menos 3 días al mes y en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de lo siguiente:

1. Mejoría de síntomas al evacuar intestino.
2. Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones.
3. Inicia asociado con un cambio en la forma (aparición) de las evacuaciones.

* Estos criterios deben cumplirse en los últimos tres meses, con síntomas que iniciaron al menos ≥ 6 meses previos al diagnóstico.

NOTA: En la práctica clínica estos criterios son un referente, pero su mayor utilidad es para la realización de estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y estudios de mecanismos fisiopatológicos.

(10)

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Colon Irritable lo define como la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes como dolor y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen los síntomas ⁽¹¹⁾.

2.2 CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Siguiendo los criterios de Roma III, y según las características de las heces del paciente:

- SII con diarrea (SII-D): — Deposiciones disminuidas de consistencia > 25% del tiempo y deposiciones duras < 25% del tiempo.
— Hasta un tercio de los casos.
— Más frecuente en hombres.
- SII con constipación (SII-C):
— Deposiciones duras > 25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia < 25% de las veces. — Hasta un tercio de los casos.
— Más común en mujeres.
- SII con hábitos intestinales mixtos o patrones cíclicos (SII-M):
— Deposiciones duras y blandas > 25% de las veces.
— Un tercio a la mitad de los casos

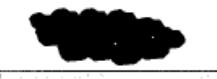
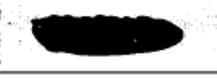
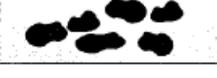
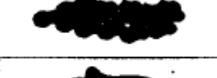
En el terreno clínico, se pueden utilizar otras subclasificaciones:

- En base a los síntomas:
— SII en el que predomina la disfunción intestinal
— SII en el que predomina el dolor
— SII en el que predomina la hinchazón
- En base a los factores precipitantes:
— Post-infeccioso (SII-PI)
— Inducido por alimentos (inducido por las comidas)
— Vinculado al estrés

Sin embargo aún no se ha logrado definir la pertinencia de cualquiera de estas clasificaciones con respecto al pronóstico o la respuesta al tratamiento ⁽³⁾.

La escala visual de Bristol es de gran ayuda para el médico y el paciente a fin de determinar el síntoma de manera correcta.

Cuadro 2. Escala de Bristol

	1. Heces duras separadas como nueces
	2. Heces en forma de salchicha con grietas
	3. Heces en forma de salchicha duras
	4. Heces en forma de salchicha, lisas y suaves
	5. Heces en piezas suaves con bordes definidos
	6. Heces en piezas suaves, bordes deshilachados
	7. Heces totalmente líquidas

(4)

El SII se sobrepone frecuentemente con otros trastornos funcionales gastrointestinales como por ejemplo: dispepsia funcional (28-57%), pirosis funcional (56%), dolor torácico funcional de probable origen esofágico (27%) y trastornos anorrectales (8-10%).

También se puede asociar a otros trastornos funcionales no gastrointestinales, como: fibromialgia (28-65%), síndrome de fatiga crónico (14%), dolor pélvico crónico (35%), trastornos de la articulación temporo-mandibular (16%) y cistitis intersticial (21-61%) (10).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia mundial de SII se encuentra entre 10 y 20 %, sin embargo dista de ser completo ya que son varias las regiones de las que no se dispone de datos. Además, a menudo es difícil comparar la información proveniente de las diferentes regiones debido al uso de diferentes criterios diagnósticos, además de la influencia de otros factores, como la selección de la población, inclusión o exclusión de trastornos comórbidos (por ejemplo ansiedad), acceso a servicios de salud e influencias culturales (3).

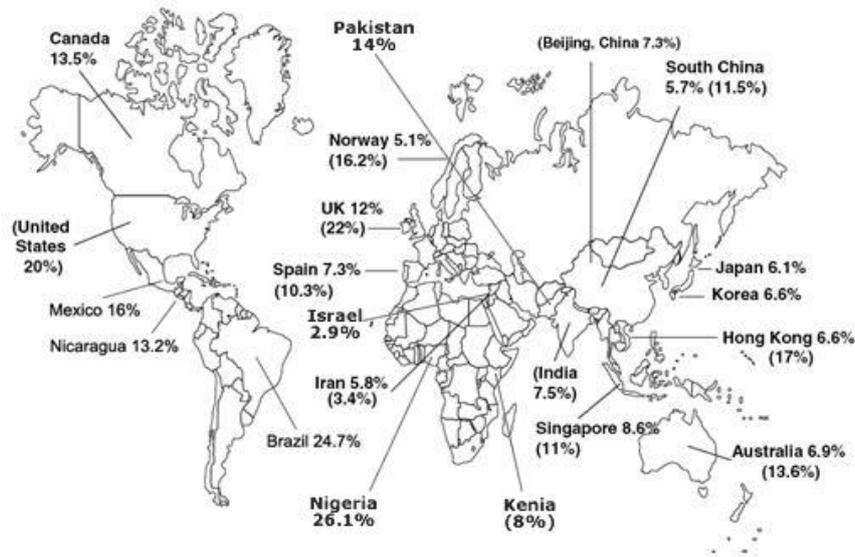
Se estima que la prevalencia de SII en Europa y América del Norte es de 10 a 15%. En Suecia, la cifra más comúnmente citada es 13.5%.

- La prevalencia de SII está aumentando en países de la región Asia-Pacífico, particularmente en países con economías en desarrollo. Las estimaciones de la prevalencia de SII (utilizando los criterios diagnósticos de Roma II) varían ampliamente en la región de Asia-Pacífico. Hay estudios en India que muestran que los criterios de Roma I para SII identifican más pacientes que los criterios de Roma II. Las prevalencias comunicadas incluyen 0.82% en Beijing, 5.7% en el sur de China, 6.6%

en Hong Kong, 8.6% en Singapur, 14% en Pakistán, y 22.1% in Taiwán. Un estudio en China halló que la prevalencia de SII definido por los criterios de Roma III en pacientes ambulatorios era 15.9%.

- En general los datos de América del Sur son escasos; en Uruguay, por ejemplo, existe solo un estudio, indicando una prevalencia total de 10.9% (14.8% en mujeres y 5.4% en hombres); 58% con SII-C y 17% con SII-D. En 72% de los casos la instalación ocurrió antes de los 45 años (3).

2.4 PREVALENCIA E INCIDENCIA MUNDIAL



*Mapa mundial de la prevalencia de SII basado en los criterios de Roma II y III. Adaptado de: *Neurogastroenterol Motil* 2005;17:317–24.

Con respecto a prevalencia de SII en México existen 3 trabajos. Uno realizado con voluntarios universitarios en el Distrito Federal en el que, utilizando un cuestionario con los criterios de Roma II, se encontró una prevalencia de 35.5%. Otro estudio, que utilizó el mismo cuestionario, se realizó en población abierta del Estado de Tlaxcala y mostró una prevalencia de SII de 16.0%, y uno más en población abierta de la ciudad de Veracruz, la cual reportó una prevalencia de 16.7%. %) (10).

2.5 FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

Se han propuesto varios factores patogénicos responsables del SII las cuales se enumeran de la siguiente manera:

1. Alteraciones en la motilidad
2. Alteraciones en la sensibilidad visceral
3. Los factores psicológicos.

Recientemente se han añadido otros factores, como los genéticos y los post-infecciosos. Durante muchos años se ha considerado a las alteraciones de la motilidad digestiva como el principal factor fisiopatológico del SII. Se ha observado que algunos pacientes con SII con predominio de diarrea tienen acelerado el tránsito intestinal y colónico, mientras que pacientes con SII con predominio de estreñimiento tienen dicho tránsito enlentecido. El papel de los factores genéticos en el SII también se ha manifestado al observar que algunos pacientes con SII tienen una menor producción de interleuquina 10, una citoquina con capacidad antiinflamatoria cuya síntesis está regulada genéticamente, o son capaces de modular una respuesta distinta a algunos fármacos a través de los polimorfismos genéticos de la proteína transportadora de la serotonina (SERT) ⁽¹²⁾.

2.6 DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

CUADRO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD:

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) tiene un curso benigno y se caracteriza por la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes, como dolor y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen el dolor o malestar abdominal como síntoma.

Dolor o Malestar abdominal: Es un síntoma exigido como criterio diagnóstico sin el cual no se podría hablar de SII. *(Hace falta describir características del dolor)*

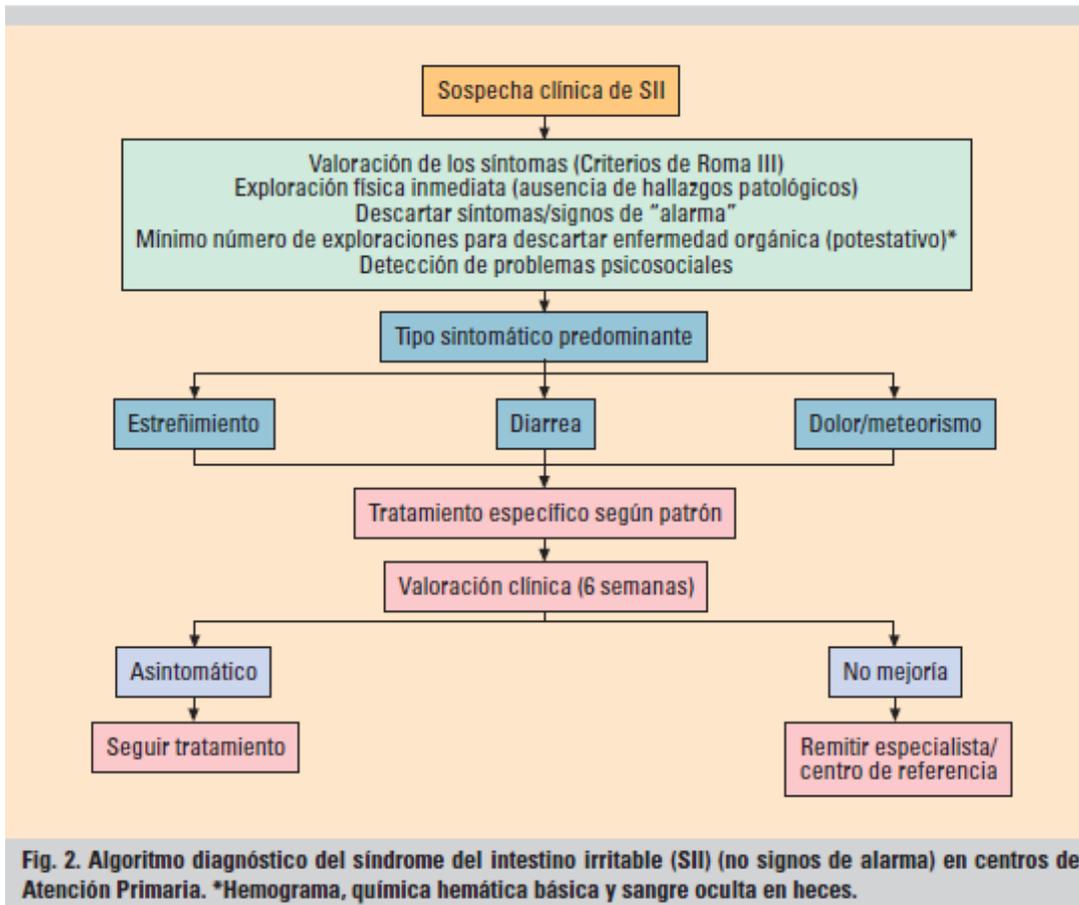
Diarrea: Suele ser diurna, generalmente postprandial, semilíquida o líquida, acompañada en muchas ocasiones de urgencia defecatoria, y puede también ser precedida de dolor cólico abdominal.

Estreñimiento: El estreñimiento suele ser de heces duras que se eliminan con esfuerzo defecatorio. La distensión abdominal, la pirosis, presente hasta en el 46.5% de los pacientes con trastornos funcionales como la dispepsia funcional, que se puede observar en el 47.6% de los pacientes con SII.

Otros síntomas digestivos: También es común que estos pacientes aquejen síntomas digestivos variados, como la pirosis, presente hasta en el 46,5% de los pacientes, o bien otros trastornos funcionales como la dispepsia funcional, que se puede observar hasta en el 47,6% de los pacientes con SII.

Manifestaciones Extradigestivas: Algunas son significativamente más frecuentes en los pacientes con SII que en la población general, como la cefalea, lumbalgia, insomnio, dolores musculares, disminución de la libido, polaquiuria, halitosis, etc. (10) (12).

ALGORITMO DIAGNOSTICO DEL SII EN CENTROS DE ATENCION PRIMARIA



(13)

2.7 MANEJO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE:

Los pacientes con SII tienen una peor calidad de vida que la población general; ya se trate de pacientes que acudían a un centro hospitalario o que son atendidos en centros de atención primaria.

Es aconsejable tener en cuenta los siguientes elementos para una relación médico-paciente terapéutica:

- 1) Explicar exhaustivamente y con un lenguaje asequible la enfermedad.

- 2) Escuchar atentamente al paciente y determinar la comprensión de su patología y sus dudas (respondiendo a ellas).
- 3) Establecer límites realistas y consistentes.
- 4) Explicar al paciente la importancia del tratamiento para lograr su adherencia al mismo. Dicho tratamiento puede incluir: factores dietéticos, cambios en el estilo de vida, formadores de masa fecal (Fibra o Laxantes), antidiarreicos (principalmente Loperamida), espasmolíticos, fármacos que actúan sobre los receptores de serotonina, e inclusive agonistas de los receptores de serotonina tipo Tegaserod, dependiendo del cuadro clínico con que se presente.

Dada la complejidad de este padecimiento es necesario que se desarrolle en el médico tratante la aptitud de identificarlo, dándole certeza a su servicio profesional para incrementar la confianza del paciente hacia su médico tratante (10) (12).

2.8 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

La familia es uno de los grupos fundamentales a intervenir con el fin de mejorar su funcionamiento. La salud como categoría individual y social es el producto de estrategias y acciones de promoción, prevención y rehabilitación que realizan los individuos, las familias y la sociedad.

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes. (14)

La Funcionalidad Familiar se entiende como la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar. (15)

Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación.

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsible y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas (14)

2.9 ESCALA DE FACES III.

El FACES III es un instrumento utilizado para evaluar la funcionalidad Familiar, fue elaborado a finales de la década de 1960, fue estandarizado al español por Francisco J. Gómez-Clavelina y Arnulfo Irigoyen- Coria, con la autorización de la Universidad de Minnesota (6).

Es un instrumento que nos permite evaluar el funcionamiento familiar el cual esta basado en dos variables principales, la Cohesión y Adaptabilidad, las cuales son postuladas como las dimensiones primarias que en gran parte explican la conducta familiar.

Según sus autores esta prueba presenta indicadores de fiabilidad importantes a lo largo del Ciclo Evolutivo de la Familia. FACES III es un instrumento de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores de del 1-5, y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor a 12 años (16)

COHESION FAMILIAR.- Definida como la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación.

Ítems que se valoran en Cohesión Familiar:

a	Unión emocional	11, 19
b	Apoyo o soporte	1, 17
c	Límites familiares	7, 5
d	Tiempo y amigos	9, 3
e	Interés y recreación	13, 15

ADAPTABILIDAD.- Definida como la posibilidad de cambio de liderazgo. Relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia.

Ítems que se valoran en la Adaptabilidad Familiar.

a	liderazgo	6, 18
b	control	12, 2
c	disciplina	4, 10
d	Roles y reglas	8,16,20,14

La calificación del instrumento Faces III, en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La de Adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. ⁽¹⁶⁾.

El FACES III en español tiene una confiabilidad del 70%. Se aplica a mayores de 12 años y a toda la familia, en cualquier etapa del ciclo vital familiar. ⁽²⁾

3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable mediante los Criterios de Roma III en los pacientes de 18 a 50 años de edad que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 28 del IMSS en un periodo de 5 meses y la repercusión en la funcionalidad familiar.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el grado de afectación en la funcionalidad familiar usando la Escala de Faces III en los pacientes diagnosticados con SII.
- Determinar la frecuencia de SII mediante el uso de criterios de Roma III en pacientes que presentan síntomas digestivos como: dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, estreñimiento, alteración en la consistencia de las evacuaciones.
- Evaluar la funcionalidad familiar en los pacientes incluidos en el estudio y su relación con el sexo.
- Determinar la frecuencia de SII en los pacientes incluidos en el estudio en relación al sexo y estado civil.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la población mexicana alcanza los 112,337 millones de personas, de las cuales una gran proporción son personas jóvenes y en edad productiva con múltiples factores de riesgo para desarrollar distintas enfermedades tanto agudas como Crónico-degenerativas.

El (SII) es un padecimiento muy frecuente en nuestro medio, causa ausentismo laboral y afecta de 10 al 20 % de la población general, con un patrón de distribución mundial y altera la calidad de vida por lo cual se considera una enfermedad de alto impacto socioeconómico ⁽¹²⁾.

La prevalencia mundial de SII se encuentra entre 10 y 20%. Con respecto a su prevalencia en México existen 3 trabajos. Uno realizado con voluntarios universitarios en el Distrito Federal en el que, utilizando un cuestionario con los criterios de Roma II, se encontró una prevalencia de 35.5%. Otro estudio, que utilizó el mismo cuestionario, se realizó en población abierta del Estado de Tlaxcala y mostró una prevalencia de SII de 16.0%, y uno más en población abierta de la ciudad de Veracruz, el cual reportó una prevalencia de 16.7% ⁽¹⁰⁾.

A pesar de los avances en el estudio de las alteraciones que promueven el SII, de los conocimientos farmacológicos derivados de estos estudios y de las grandes campañas de promoción de salud encaminadas a promover hábitos dietéticos saludables y una mejor calidad de vida, el problema va en aumento y con él sus consecuencias, de ahí que sea necesario determinar la frecuencia en pacientes con factores de riesgo para dicha enfermedad y su repercusión en la funcionalidad familiar.

La disfunción familiar puede producir síntomas de enfermedad física en cualquiera de sus miembros, desencadena nuevas crisis, agrava algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento y en la rehabilitación. ⁽¹⁷⁾

Tomando en cuenta la alta prevalencia del SII y de las consecuencias que se derivan de la falta de un Diagnóstico y Tratamientos oportunos, surge la siguiente pregunta de investigación:

- **¿Cuál es la Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Consulta Externa de la UMF No 28 del IMSS y su impacto en la funcionalidad Familiar?**

5. JUSTIFICACIÓN

Dentro del campo clínico, es muy importante señalar que se está comprometido con el bienestar y la salud de millones de personas que ponen su confianza, la función de su organismo y su propia vida en nuestras manos, por ello es necesario hacer un buen diagnóstico de las patologías que presenten al momento de la consulta en el primer nivel de atención, para con ello disminuir los malos diagnósticos y tratamientos que de esto se derive.

La Familia como sistema desempeña diferentes funciones como lo son: los aspectos biopsicosociales, económico y cultural-espiritual y el buen desempeño de las mismas va a estar dada por el buen funcionamiento de cada uno de sus miembros, es así como algún cambio de los integrantes producirá un cambio en el resto y por consecuencia en la familia en general, modificando conductas y asumiendo nuevos roles dentro del propio grupo familiar. Por lo que la funcionalidad familiar va a estar dada por la capacidad que tenga esta de sobreponerse a las diferentes situaciones de estrés y de adaptarse a los mismos.

Se ha demostrado que la disfunción familiar es causante de estrés para cualquiera de sus miembros influyendo en la aparición de nuevas enfermedades incluyendo las de aspecto psicosomático; así como la descompensación de las ya existentes en gran parte de las enfermedades psiquiátricas y hacerlos más susceptibles a padecer enfermedades infecciosas, incluso influye en las conductas de riesgo para la salud. (17)

El SII es un padecimiento frecuente y muy sobrediagnosticado en nuestro medio lo que provoca ausentismo laboral y altera la calidad de vida de los pacientes, por lo cual se considera una enfermedad con un alto impacto socioeconómico.

En México se han realizado pocos estudios sobre la prevalencia del SII en la población en general, algunos investigadores estiman que la prevalencia en la población abierta es de 18%, como sucede en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México, porcentaje establecido en el seguimiento durante tres años de 347 consultas en las que se encontraron 80 casos que cumplían con los criterios para diagnosticar síndrome de intestino irritable, lo que equivale a 23.5%. Sin embargo estos elementos de aproximación sólo se encuentran en especialistas de Gastroenterología (8).

Hasta el momento no existen estudios publicados en el IMSS que hablen sobre el grado de afectación familiar en pacientes diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable.

En nuestro País, los médicos generales, familiares, internistas y cirujanos son quienes más atienden pacientes con datos iniciales o crónicos del SII sin tener en muchas ocasiones una base sólida en cuanto a conocimientos se refiere para un adecuado Diagnóstico del mismo, ocasionando que en los centros de

atención, ya sea de primer o de segundo nivel, este tipo de patologías sean sobrediagnosticadas y con ello no se otorgue un buen tratamiento ⁽⁸⁾.

Debido a lo anterior se decide realizar esta investigación para Determinar la Frecuencia de este Trastorno Funcional Digestivo y su grado de afectación en la Funcionalidad Familiar, usando los criterios de Roma III y la escala de Faces III, en los pacientes de 18 a 50 años de edad con el fin de disminuir los costos tanto institucionales como del propio paciente cuando es mal diagnosticado y derivado a un segundo nivel de atención.

6. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA:

- En los pacientes que cuentan con los criterios de ROMA III para SII se observa alteración en la funcionalidad familiar, presentando niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar (caóticamente desvinculado, caóticamente amalgamado, rígidamente desvinculado y rígidamente amalgamado).

HIPÓTESIS NULA:

- En los pacientes que cuentan con los criterios de ROMA III para SII no se observa alteración en la funcionalidad familiar, presentando niveles balanceados de cohesión y adaptabilidad familiar.

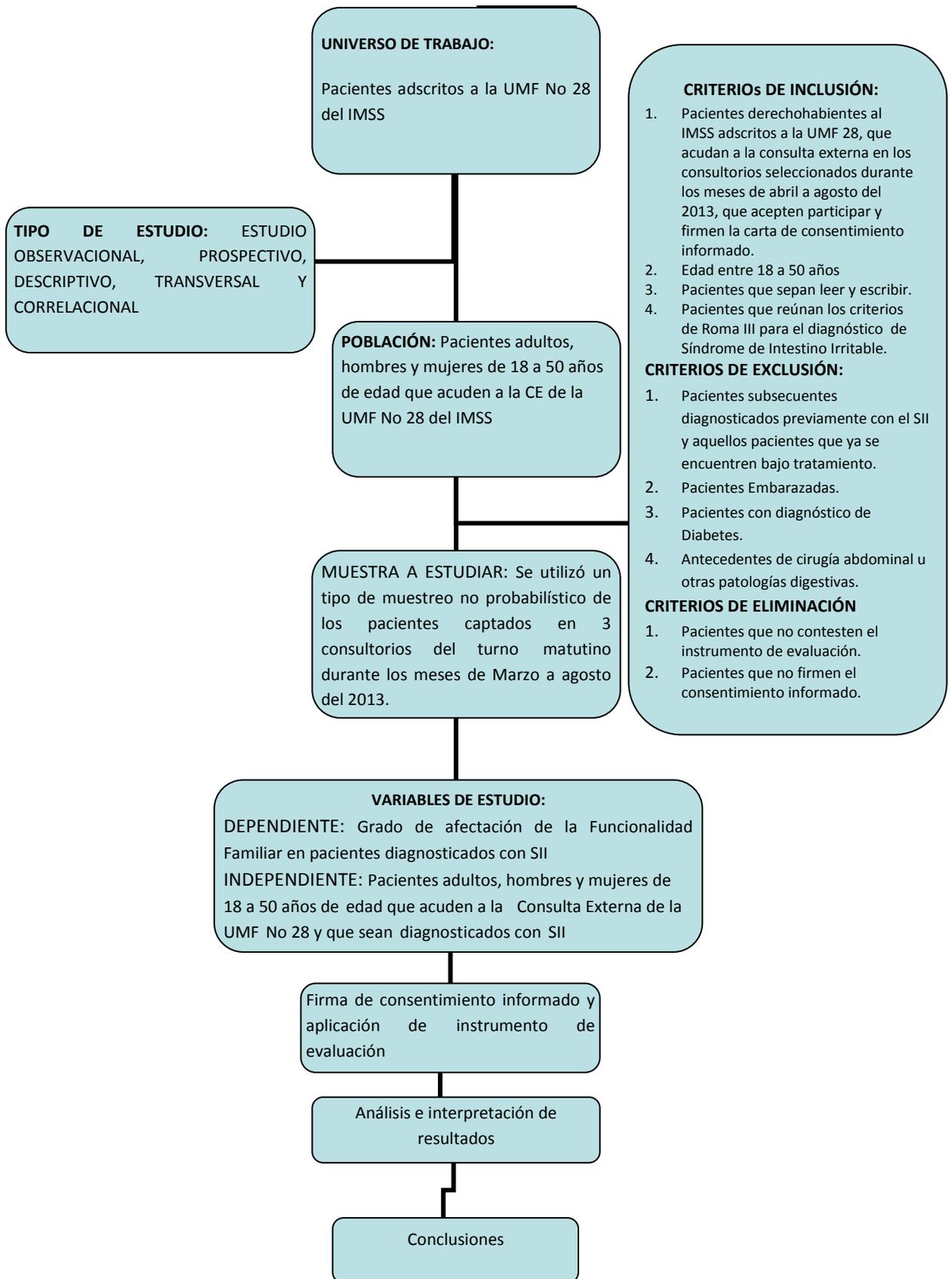
7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 TIPO DE ESTUDIO

“ES UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL Y CORRELACIONAL”

- **OBSERVACIONAL:** En este tipo de estudio solo describimos o medimos el fenómeno estudiado, sin modificar ninguno de los factores que intervienen en el proceso.
- **PROSPECTIVO:** Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información.
- **DESCRIPTIVO:** Es de acuerdo al recuento, ordenación y clasificación de los datos obtenidos por las observaciones y mediciones. Se construyen tablas y representan gráficos que permiten simplificar la complejidad de los datos.
- **TRANSVERSAL:** Es transversal debido a que se va a llevar a cabo en un tiempo determinado y en un solo momento las variables que se estudian sin un seguimiento temporal de las mismas.
- **CORRELACIONAL:** Según la relación entre variables, debido a que se va a identificar si existe relación entre 2 variables de estudio (Frecuencia del SII y I repercusión en la funcionalidad familiar a través de la medición de la cohesión y adaptabilidad familiar)

7.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



7.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

UNIVERSO DE TRABAJO: Pacientes adscritos a la UMF No 28 del IMSS

POBLACION: Pacientes adultos de 18 a 50 años de edad que acuden a la consulta externa de la UMF No 28.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico de los pacientes captados en 3 consultorios del turno matutino durante los meses que dure el estudio.

TIPO DE MUESTREO: Por conveniencia

TIEMPO: Periodo comprendido de Abril a Agosto del 2013

.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Pacientes derechohabientes al IMSS adscritos a la UMF 28, que acudan a la consulta externa en los consultorios seleccionados durante los meses de abril a agosto del 2013, que acepten participar y firmen la carta de consentimiento informado.
2. Edad entre 18 a 50 años
3. Pacientes que sepan leer y escribir.
4. Pacientes que reúnan los criterios de Roma III para el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes subsecuentes diagnosticados previamente con el SII y aquellos pacientes que ya se encuentren bajo tratamiento.
2. Pacientes Embarazadas.
3. Pacientes con diagnóstico de Diabetes.
4. Antecedentes de cirugía abdominal u otras patologías digestivas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que no contesten el instrumento de evaluación
2. Letra ilegible.

8. VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Pacientes adultos, hombres y mujeres de 18 a 50 años de edad que acuden a la Consulta de la UMF No 28 y que sean diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: El síndrome de intestino irritable es un trastorno motor del aparato digestivo sin lesión orgánica demostrable por medios convencionales. Desde el punto de vista clínico se expresa de manera predominante, pero no exclusiva, por alteración de los hábitos intestinales y dolor abdominal de distinto grado e intensidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: A los pacientes que acudan a consulta externa con síntomas gastrointestinales como: dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, estreñimiento, alteración en la consistencia de las evacuaciones se aplicarán los criterios de Roma III para diagnóstico de SII.

Criterios de Roma III
<ul style="list-style-type: none">• Dolor o malestar abdominal recurrente durante por lo menos 3 días al mes y en los últimos 3 meses, asociado a 2 o más de lo siguiente:<ol style="list-style-type: none">1. Mejoría de síntomas al evacuar el intestino.2. Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones.3. Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición de las evacuaciones).<p>* Estos criterios deben cumplirse en los últimos tres meses, con iniciaron síntomas que al menos +/- 6 meses previos al diagnóstico.</p><p>NOTA: En la práctica clínica estos criterios son un referente, pero su mayor utilidad es para la realización de estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y estudios de mecanismos fisiopatológicos.</p>

- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Grado de afectación de la Funcionalidad Familiar mediante la medición de la cohesión y adaptabilidad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Funcionalidad familiar, son las acciones e interacciones que tienen los individuos en conjunto dentro de la convivencia de una familia, reconociéndose funciones externas aquellas que transmiten al individuo una serie de valores culturales con que el propósito de incorporación y aceptación a la sociedad, para fines de este estudio la funcionalidad familiar se medirá a través de la cohesión y adaptabilidad mediante el uso del instrumento FACES III.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: La Cohesión y Adaptabilidad se medirá a través de la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, FACES III.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. Así tenemos la amplitud de clase para cada nivel: Desvinculada 10 a 34, separada de 35 a 40, conectada de 41 a 45 y amalgamada de 46 a 50.

La calificación de adaptación es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares. Así tenemos la amplitud de clase para cada nivel: rígida de 10 a 19, estructurada de 20 a 24, flexible de 25 a 28 y caótica de 29 a 50.

8.1 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tipo de Variable	Tipo de variable	Escala	Instrumento de medición	Valores que toma la variable
Síndrome de Intestino Irritable	Cualitativa	Nominal	Criterios de Roma III	SII con estreñimiento SII con Diarrea SII Mixto SII Inclasificable
Funcionalidad Familiar a través de la cohesión y adaptabilidad.	Cualitativa	Nominal	Instrumento Faces III	COHESION: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Disgregada</i> • Separada • Conectada • Amalgamada ADAPTABILIDAD: <ul style="list-style-type: none"> • Rígida • Estructurada • Flexible • Caótica

9. DISEÑO ESTADISTICO

Se llevó cabo a través del Sistema operativo Windows en una base de datos de Microsoft Excel y SPSS V. 18 se utilizaran las medidas estadísticas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tipo de muestra es no probabilístico a conveniencia del investigador de los pacientes que sean captados durante los meses del estudio. Para el análisis de la funcionalidad familiar se utilizó la escala de Faces III con una confiabilidad del 70%

Considerando que se investigó la relación entre 2 variable cualitativas, ya que la variable dependiente es cualitativa ordinal se utilizó la prueba de χ^2 para determinar la relación entre ambas variables.

10. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se elaboró un instrumento en base a los criterios de Roma III que se aplicó a a pacientes adultos de 18 a 50 años de edad sin distinción de género que acudieron a la consulta externa y cubrían con los criterios de inclusión, posteriormente se aplicó la escala de Faces III para evaluar el grado de funcionalidad Familiar a los pacientes detectados con SII.

10.1 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. El personal médico de los tres consultorios del turno matutino designados de forma aleatoria para la recolección de la muestra, se aplicó el instrumento de evaluación a los pacientes que acudieron a la consulta externa de manera ordinaria y que presenten los siguientes síntomas: A los pacientes que acudieron a consulta externa con síntomas gastrointestinales como: dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, estreñimiento, alteración en la consistencia de las evacuaciones se utilizaron los criterios de Roma III para la realización del diagnóstico de SII.
2. Posteriormente a los pacientes que cumplieron con los criterios de Roma III se aplicó la escala de Faces III para determinar el grado de afectación en la funcionalidad familiar. Toda esta información se obtuvo en el periodo de junio a Agosto del 2013.
3. La información de los instrumentos se capturó en una base de datos en el Sistema operativo Windows XP profesional y/o Office 2007, Excel, para su análisis.

11. MANIOBRA PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se aplicó el cuestionario de forma individual, aplicándose a adultos de 18 a 50 años de edad, no importando el género. Si el administrador de la prueba sospechaba que el nivel de lectura era inadecuado, trabajó con la primera pregunta.

La prueba se realizó al término de la consulta sin ser mayor a 5 minutos. Es importante recordar que las respuestas no requieren ayuda de otras personas que no sea el paciente.

El examinador no discutió ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto preguntaba el significado de una palabra, se aclaraba para tener mayor confiabilidad del instrumento aplicado.

Al término el investigador verificó el llenado completo y correcto de los instrumentos aplicados.

12. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DE LA INVESTIGACION

Para la realización de este proyecto se contó con lo siguiente:

RECURSOS HUMANOS: El Médico Residente, autor de esta investigación, quien será el encargado de recabar y analizar los resultados de la prueba con el apoyo del personal Médico de la consulta externa de la UMF No 28.

RECURSOS MATERIALES: Para la realización de esta investigación se contó con suficientes ejemplares del cuestionario de evaluación, lápices y bolígrafos, se contó además con una computadora portátil y una USB para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario.

RECURSOS FINANCIEROS: Los gastos en general se absorbieron por el residente de Medicina Familiar investigador.

13. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo de investigación no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea Medica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones ⁽¹⁸⁾, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo ⁽¹⁹⁾.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.



14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 UNIDAD MEDICA: UMF No 28 GABRIEL MANCERA
 TITULO DEL PROTOCOLO:

“Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Consulta Externa de la UMF No 28 del IMSS y su repercusión en la funcionalidad familiar”

ELABORO: DR. RAUL BAUTISTA CORTES

FECHA 2011 - 2013	AGO	SEPT/OCT	NOV/DIC	ENE/FEB	MAR/ABR/ MAY	JUN/JUL	AGO/SEP T	OCT/NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABRIL/ MAYO	JUNIO	JULIO/ AGOSTO
	2011	2011	2011	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2013	2013	2013	2013
TITULO	X														
CARATULA	X														
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X	X													
JUSTIFICACION		X													
ANTECEDENTES		X	X	X	X										
MARCO TEORICO		X	X	X	X										
CRONOGRAMA			X												
BIBLIOGRAFIA															
OBJETIVOS HIPOTESIS				X											
MATERIAL Y METODO															
TIPO DE ESTUDIO					X										
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO						X									
DISEÑO DE INV						X	X								
MUESTRA, CRITERIOS DE SELECCIÓN							X								
VARIABLES								X							
MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS									X	X					
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES									X	X					
CONSIDERACIONES ETICAS									X	X					
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS											X	X			
REGISTRO PROTOCOLO												X			
CAPTURA DE LA MUESTRA													X	X	X
ANÁLISIS DE DATOS / DISCUSION DE DATOS															X
CONCLUSION DEL ESTUDIO															X

15. RESULTADOS

Para llevar a cabo la presente investigación, se seleccionaron a los pacientes derechohabientes a la UMF 28 “Gabriel Mancera” de los consultorios 16, 21 y 30, que acudieron a la consulta externa, durante el período de abril-agosto 2013, en el turno matutino. Se obtuvo un total de 6751 consultas, de las cuales 483 correspondían a pacientes que acudieron de primera vez por referir síntomas gastrointestinales como dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, estreñimiento y/o alteración en la consistencia de las evacuaciones. A estos últimos pacientes se les interrogó para conocer si cubrían los criterios de Roma III para Síndrome de Intestino Irritable, y sólo en 52 de ellos se integró dicho diagnóstico.

Con base a lo anterior se obtiene una prevalencia del 7% de presentación de síntomas gastrointestinales como motivo de consulta, y una prevalencia del 10.76% de diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable según criterios de Roma III. Por lo que la proporción de pacientes con síndrome de intestino irritable en la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” varía de un 7.99% a un 13.52% con un intervalo de confianza del 95%.

El principal criterio que no se cubrió para integrar por completo el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable fue el período de tiempo, ya que la mayoría de los pacientes referían menos de un mes con sintomatología.

Los 52 pacientes diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable aceptaron contestar el test Faces III y proporcionar su información sociodemográfica, para ello se entregó el formato presentado en el Anexo 2.

Los resultados obtenidos respecto a la información sociodemográfica son los siguientes.

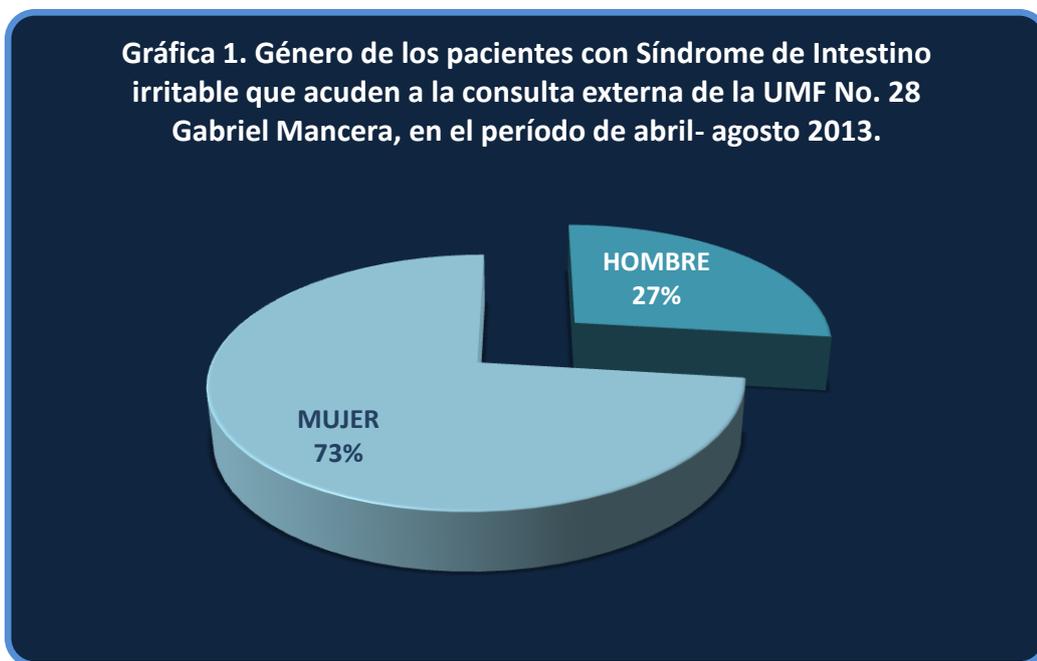
Un 73% de los pacientes fueron mujeres, como se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Género de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril-agosto 2013.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	14	27%
MUJER	38	73%

Fuente: Anexo 2

La mayor prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable en mujeres, corresponde a lo reportado en la literatura. En la gráfica 1 se observa el marcado predominio en el sexo femenino.



Fuente. Tabla 1

Respecto a la edad, se agruparon en 4 intervalos de 8 años, el rango mínimo fue de 21 años y el rango máximo de 50 años de edad. Con base a los datos agrupados en los intervalos mostrados en la tabla 2, se obtiene una media de 35.99038462 y una desviación estándar de 8.98.

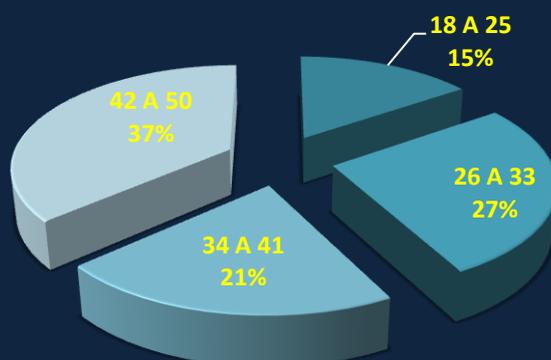
Tabla 2. Edad de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 A 25	8	15%
26 A 33	14	27%
34 A 41	11	21%
42 A 50	19	37%

Fuente: Anexo 2

En la gráfica 3 se puede observar el predominio del grupo de 42 a 50 años, con un 37 %, seguido del intervalo de 26 a 33 años con un 27%. El grupo de edad con menor frecuencia fue de 18 a 25 años con un 15%.

Gráfica 2. Edad de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.



Fuente. Tabla 2

El estado civil se agrupó en tres categorías, ya que a pesar de considerarse la unión libre como soltero, los pacientes no lo refieren así y lo consideran un estado diferente, por eso se incluyó esta categoría, como se presenta en la tabla 3, sin embargo para el análisis y realización de chi cuadrada se agrupó a los solteros y en unión libre dentro de una misma categoría.

Tabla 3. Estado civil de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.

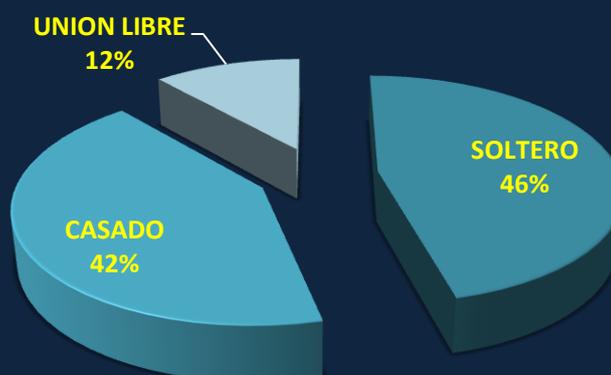
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	24	46%
CASADO	22	42%
UNION LIBRE	6	12%

Fuente: Anexo 2

No hubo algún predominio claro en cuanto al estado civil, ya que el grupo de casados representa el 42%, siendo rebasado solo con el 46% por el estado de soltero. Un 12% se encuentran en unión libre. Se observó que el grupo de casados presentó mayor disfunción familiar según FACES III, en comparación con los otros estados civiles,

En la gráfica 3 se observa la distribución similar de casados y solteros.

Gráfica 3. Estado civil de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.



Fuente. Tabla 3

Referente a la escolaridad, solo el 16% tienen un grado académico menor al bachillerato, el resto con un 42% para cada grupo, comprende pacientes con bachillerato y licenciatura, lo cual es un factor favorable para trabajar con la educación para la salud. En la tabla 4 se presenta la frecuencia de acuerdo a nivel de escolaridad.

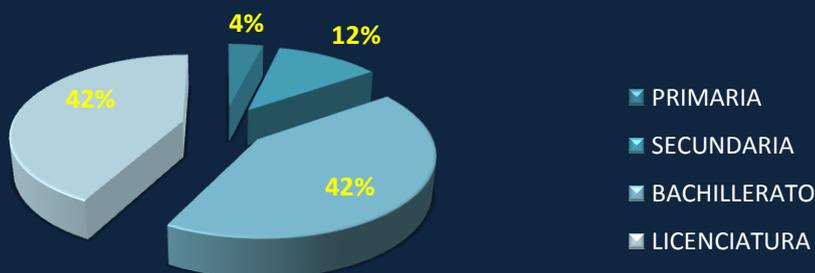
Tabla 4. Escolaridad de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.

NIVEL ESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	2	4%
SECUNDARIA	6	12%
BACHILLERATO	22	42%
LICENCIATURA	22	42%

Fuente: Anexo 2

El tener un 42% de pacientes con escolaridad de licenciatura y solo un 4% de pacientes con escolaridad primaria, debería corroborarse posteriormente como factor de riesgo para presentar síndrome de intestino irritable, ya que es una condición que puede representar un mayor grado de estrés académico y laboral, además de estar reportado en la literatura. En la gráfica 4 se muestra la mayor prevalencia de nivel educativo medio superior y superior.

Gráfica 4. Escolaridad de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril-agosto 2013.



Fuente. Tabla 4

El instrumento FACES III permitió evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Intestino Irritable, reportando los siguientes datos.

Respecto a la cohesión, la categoría con mayor frecuencia fue amalgamado con un 48%, seguido de conectado con un 25%, cabe señalar que la primera categoría caracteriza a las familias disfuncionales.

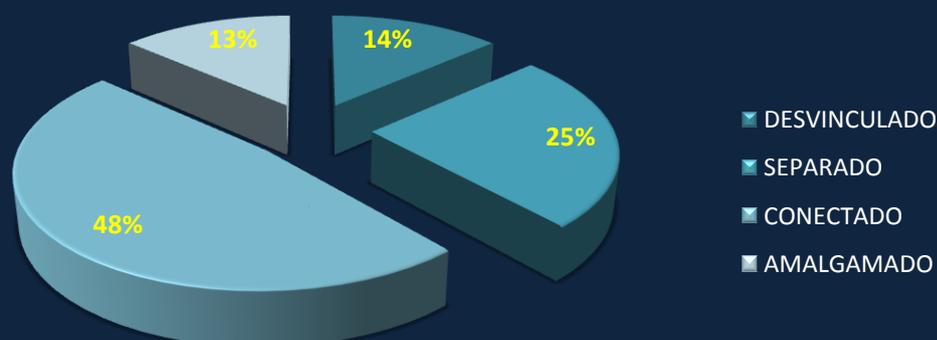
Tabla 5. Cohesión familiar de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.

COHESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESVINCULADO	7	13%
SEPARADO	13	14%
CONECTADO	25	25%
AMALGAMADO	7	48%

Fuente: Anexo 2

Si agrupamos las categorías de los rangos medios y balanceados dentro de las familias funcionales y las categoría de rangos extremos como familias disfuncionales, obtenemos un 61% de pacientes con síndrome de intestino irritable y afección en el área de cohesión familiar, sin embargo la evaluación se debe realizar en conjunto con el parámetro de adaptabilidad. En la gráfica 5 se muestra el claro predominio de los pacientes con familias amalgamadas.

Gráfica 5. Cohesión familiar de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.



Fuente. Tabla 5

Por último se evaluó la adaptabilidad familiar, predominando con un 36% las familias caóticas, seguida de la flexible con el 31%, como se muestra en la tabla 6.

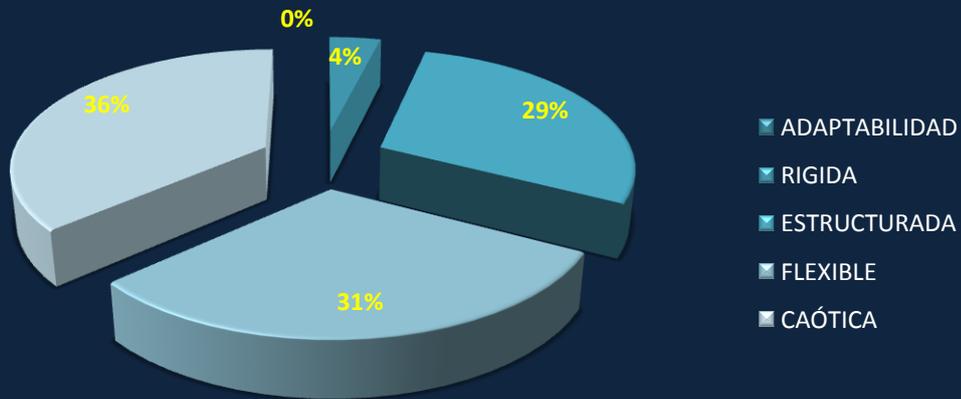
Tabla 6. Adaptabilidad familiar de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.

ADAPTABILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RIGIDA	2	4%
ESTRUCTURADA	15	29%
FLEXIBLE	16	31%
CAÓTICA	19	36%

Fuente: Anexo 2

Un 60% de los pacientes presentan familias funcionales en el área de adaptabilidad, como muestra la gráfica 6; sin embargo al realizar el análisis de resultados con base a la cohesión y adaptabilidad se obtiene solo un 13.46% de pacientes tienen familias disfuncionales según el FACES III. De estos pacientes el 71.42% son casados y tienen una escolaridad con nivel máximo superior, y el 57% son mujeres. No hay predominio de algún grupo de edad dentro de estos pacientes.

Gráfica 6. Adaptabilidad familiar de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.



Fuente. Tabla 6

Las características sociodemográficas de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable se agrupan en la tabla 7 según la funcionalidad familiar reportada por el FACES III.

Tabla 7. Características sociodemográficas de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable, según su funcionalidad familiar, que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL
GÉNERO		
Mujer	34	4
Hombre	11	3
ESCOLARIDAD		
Primaria	1	1
Secundaria	6	0
Bachillerato	18	4
Licenciatura	20	2
ESTADO CIVIL		
Soltero	28	2
Casado	17	5

Fuente: Anexo 2

El análisis estadístico del estado civil y la funcionalidad familiar, se realizó aplicando chi cuadrada, se obtuvo un valor de 2.81 con una p de 0.05, por lo que se acepta que no hay dependencia entre el el grado de funcionalidad familiar y el estado civil de los pacientes, ya que para esta distribución de datos el valor esperado de chi cuadrada es de 3.84. La tabla de contingencia realizada se presenta en la tabla 8. Sin embargo estos resultados se deben tomar con reserva ya que hay valores menores a 5 en las frecuencias esperadas, por lo que representa un sesgo en los resultados obtenidos, debido al pequeño tamaño de la muestra obtenida de pacientes con SII y familia disfuncional.

Tabla 8. Relación entre el estado civil y la funcionalidad familiar de los pacientes con Síndrome de Intestino irritable, que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 Gabriel Mancera, en el período de abril- agosto 2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL
ESTADO CIVIL		
Soltero	28	2
Casado	17	5

Fuente: Anexo 2

De la misma forma se realizó la tabla de contingencia para evaluar la dependencia entre el género y la funcionalidad familiar, con una chi cuadrada de 1.04 y p de 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula, es decir, el género y la funcionalidad familiar son variables independientes.

16. DISCUSIÓN.

La presente investigación se realizó con pacientes de la UMF 28 “Gabriel Mancera” de 3 consultorios, turno matutino de abril-agosto 2013. Se registraron 6751 consultas, de las cuales el 7% correspondió a pacientes de primera vez con síntomas gastrointestinales. A éstos se les aplicaron los criterios de Roma III para Síndrome de Intestino Irritable, obteniendo una prevalencia del 10.76%. Por lo que la proporción de pacientes con síndrome de intestino irritable varía de un 7.99% a un 13.52% con un intervalo de confianza del 95%, lo cual corresponde con la máxima prevalencia de síndrome de intestino irritable reportada a nivel nacional.

El principal criterio que no se cubrió para integrar el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable fue el período de tiempo, por lo que se considera conveniente hacer más difusión sobre esta enfermedad y los criterios diagnósticos, a fin de poder hacer las intervenciones pertinentes.

El 73% de los pacientes fueron mujeres, el paciente de menor edad fue de 21 años y el de mayor edad 50 años, con una media de 35.99038462 y una desviación estándar de 8.98, ambos datos coinciden con lo reportado de la epidemiología nacional y mundial de SII,

Un 42% son casados, presentando una mayor disfunción familiar según FACES III. Este factor puede estudiarse posteriormente con una muestra mayor de pacientes con disfuncionalidad familiar, para evaluar si realmente existe una dependencia con el síndrome de intestino irritable.

Se cumplieron los objetivos de la investigación, ya que se reportó la prevalencia de SII entre un 7.99% a un 13.52%, y se evaluó la funcionalidad familiar de estos pacientes según FACES III, obteniendo un 61% de pacientes con síndrome de intestino irritable y afección en el área de cohesión familiar, predominando las familias amalgamadas; y un 40% de pacientes con familias disfuncionales en el área de adaptabilidad. Pero al realizar el análisis de resultados con base tanto a la cohesión como a la adaptabilidad familiar se obtiene solo un 13.46% de pacientes con familias disfuncionales.

Por último, el análisis de la relación entre funcionalidad familiar y estado civil reportó una chi cuadrada de 2.81 con una p de 0.05, por lo que se acepta que no hay dependencia entre el grado de funcionalidad familiar y el estado civil de los pacientes, aceptando la hipótesis nula. De la relación entre género y funcionalidad familiar, se obtuvo una chi cuadrada de 1.04 y p de 0.05 por lo que el género y la funcionalidad familiar son variables independientes, aceptando la hipótesis nula.

17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación, nos permitió conocer la prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable, que corresponde con lo reportado a nivel nacional y mundial, al igual que la edad y género que presenta la mayor frecuencia de esta enfermedad, guardando relación también con la epidemiología en México.

En los pacientes con diagnóstico de Síndrome de intestino Irritable, predominaron aquellos del género femenino, con baja escolaridad y casados. La edad no se identificó como factor de riesgo.

A pesar de haber un mayor porcentaje de pacientes con disfunción familiar y estado civil casado, al realizar la prueba chi cuadrada se infiere que no hay dependencia entre ambas variables, así como tampoco hay dependencia entre el género y la presencia de disfunción familiar en pacientes con intestino irritable, sin embargo solo se obtuvo un 13% de pacientes con familias disfuncionales, por lo que se requiere una muestra mayor para que los resultados obtenidos tengan mayor precisión.

Se considera conveniente insistir en la educación para la salud a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con síndrome de intestino irritable, y obtener un mejor control de la patología. Se puede emplear la mayor proporción de pacientes con licenciatura, como factor protector y de buen pronóstico, siendo recomendable evaluar en estudios posteriores la relación entre el nivel educativo y la prevalencia de síndrome de intestino irritable y la funcionalidad familiar.

18. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Consulta Externa de la UMF No 28 del IMSS y su repercusión en la funcionalidad familiar"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 GABRIEL MANCERA. DE ABRIL A AGOSTO DEL 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	DETERMINAR LA PREVALENCIA DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA Y ANALIZAR SU REPERCUSION EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Procedimientos:	SE APLICARA UNA ENCUESTA POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO A LOS PACIENTES DE 18 A 50 AÑOS DE EDAD PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD Y ANALIZAR SU REPERCUSION EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Posibles riesgos y molestias:	NO SE AFECTARA SU ATENCION MEDICA.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	SER DIAGNOSTICADO DE MANERA OPORTUNA PARA OTORGAR UN TRATAMIENTO ADECUADO Y ASI EVITAR COMPLICACIONES ADEMAS DE ANALIZAR EL GRADO DE AFECTACION FAMILIAR QUE PUEDA EXISTIR
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	EL PACIENTE SERA DIAGNOSTICADO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA Y SERA TRATADO OPORTUNAMENTE Y DE SER NECESARIO SE DERIVARÁ A GASTROENTEROLOGIA
Participación o retiro:	EN CUALQUIER MOMENTO
Privacidad y confidencialidad:	LA INFORMACION OBTENIDA SERA TOTALMENTE CONFIDENCIAL
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	EL PACIENTE SERÁ DIAGNOSTICADO Y TRATADO OPORTUNAMENTE PARA EVITAR COMPLICACIONES.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	R2MF DR. JUAN RAUL BAUTISTA CORTES E-MAIL: RABACO_12@HOTMAIL.COM , CELULAR: 5528800580
Colaboradores:	DR. ARTURO MAYORAL ZAVALA / DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

FICHA DE IDENTIFICACION

EDAD: _____ SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____
EDO. CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

INSTRUCCIONES: Marque el numero según como describa a su Familia en la Línea junto a cada pregunta.

1.- Nunca 2.- Casi nunca 3.- Algunas veces 4.- Casi siempre 5.- Siempre

- __1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- __2. Se toman en cuenta las sugerencias de los niños para resolver los problemas
- __3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- __4. Los niños pueden opinar en cuanto a su disciplina
- __5. Nos gusta dormir solamente con los familiares cercanos
- __6. Diversas personas de la familia pueden tomar la autoridad
- __7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas ajenas
- __8. Nuestra familia cambia la manera de hacer las cosas
- __9. Nos gusta pasar el tiempo libre entre nosotros
- __10. Padre e hijos llegan a un acuerdo en relación a los castigos
- __11. *Nos sentimos muy unidos*
- __12. *En nuestra familia los niños toman las decisiones*
- __13. *Cuando nos unimos por algo, toda la familia esta presente*
- __14. *En nuestra familia las reglas cambian*
- __15. *Con facilidad podemos imaginar cosas que hacer como familia*
- __16. *Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros*
- __17. *Consultamos unos con otros para tomar decisiones*
- __18. *Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia*
- __19. *La unión familiar es muy importante*
- __20. *Es difícil decir quien hace el quehacer en el hogar*

COHESION: _____ **ADAPTABILIDAD:** _____

Modelo Circunflejo del Faces III, adaptado por Olson et al. 1989

		COHESIÓN			
		Bajo \longrightarrow	Moderado \longrightarrow	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto \uparrow Moderado \uparrow Bajo \uparrow	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

SE ELABORARÁ UNA TARJETA PARA APOYO DIAGNOSTICO DEL PERSONAL MEDICO DE LOS CONSULTORIOS DESIGNADOS EN BASE A LOS CRITERIOS DE ROMA III Y ESCALA DE BRISTOL, LA CUAL SERÁ LLENADA POR EL MEDICO ENCUESTADOR.

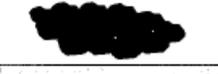
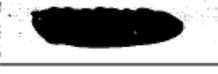
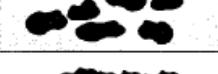
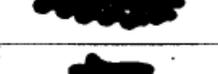
AH PRESENTADO MALESTAR ABDOMINAL RECURRENTE DURANTE POR LO MENOS 3 DIAS AL MES Y EN LOS ULTIMOS 3 MESES: SI:___ NO:___

EN CASO DE QUE SU RESPUESTA HAYA SIDO AFIRMATIVA, SE AH ASOCIADO SU MOLESTIA CON 2 O MÁS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

1. MEJORIA DE LOS SINTOMAS AL EVACUAR: SI:___ NO:___
2. INICIO ASOCIADO CON CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE LAS EVACUACIONES: SI:___ NO:___
3. *INICIO ASOCIADO CON UN CAMBIO EN LA APARIENCIA DE LAS EVACUACIONES: SI:___ NO:___

* PARA APOYAR LA RESPUESTA DEL PACIENTE EN ESTA ULTIMA PREGUNTA, SE ELABORARÁ UNA TARJETA SOBRE LA ESCALA DE BRISTOL PARA QUE IDENTIFIQUE MAS FACILMENTE LA APARIENCIA DE SUS EVACUACIONES

Cuadro 2. Escala de Bristol

	1. Heces duras separadas como nueces
	2. Heces en forma de salchicha con grietas
	3. Heces en forma de salchicha duras
	4. Heces en forma de salchicha, lisas y suaves
	5. Heces en piezas suaves con bordes definidos
	6. Heces en piezas suaves, bordes deshilachados
	7. Heces totalmente líquidas

19. BIBLIOGRAFIA

1. Leyva-Jiménez R, Olvera-Torres P, Álvarez-Córdova M y Alcántar-Saldivar E. Síndrome de intestino irritable en el adulto que acude a una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 473-479.
2. Anzures C., Chávez A., Pons A. Y Corinter. Medicina familiar. México D.F.; 2008.
3. World Gastroenterology Organization. Síndrome de Intestino Irritable: una perspectiva mundial [Guía en Internet]. 20 abril 2009 [Consultado 6 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/20_irritable_bowel_syndrome_es.pdf
4. Castañeda-Sepúlveda R. Síndrome de intestino irritable [Artículo de revisión en línea]. Medicina Universitaria enero 2010 [Consultado 6 de marzo de 2013];12(46):39-46. Disponible en: www.elsevier.com.mx
5. Gobierno Federal. Diagnostico y tratamiento del síndrome de intestino irritable. [Guía de referencia rápida en Internet]. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-042-08. [Consultado 6 de marzo de 2013]. disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/042_GPC_ColonIrritable/IMSS_042_08_GRR.pdf
6. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Membrillo Luna Apolinar. Editores de Textos Mexicanos S.A. DE C.V. México DF.2008.
7. . Martínez, Piñero, Calderón, et al. Síndrome de Intestino Irritable. Medicine. 2012;11(6):325-30. Artículo de Actualización
8. Córdova Pluma VH, et al. Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención medica de la Ciudad de México. Medicina Interna de México Volumen 24, Núm. 2, marzo-abril, 2008.
9. R. Bautista Cerecedo, R.M. Ortiz Espinosa, S. Muñoz Juárez. Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes de medicina. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 54, No 3. Mayo-Junio 2011.
10. López-Colombo A, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 74, Núm. 1, 2009.

11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable. ISBN: 978-607-7790-85-3, 2009.
12. María Eugenia Pozos P, Araceli González F., María Yolanda Lara D, Silvia García E. Consuelo Cabrales T. Rafael Sánchez. Aptitud Clínica sobre Síndrome de Intestino Irritable en médicos de primer nivel de atención. Revista Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 1 No. 2 Ene-Abr. 2011.
13. Mínguez Pérez, B. Herreros Martínez, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez. Síndrome de Intestino Irritable. Medicine. 2008; 10(6):349-55. Artículo de Actualización.
14. <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf>.
15. García-Madrid G. Funcionalidad Familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. rev. Ins. Mex. Del seguro social. 2007: 21-26.
16. Campos Gonzales Miriam. Funcionalidad Familiar por medio del Faces III en pacientes con migraña del Hospital Regional No 1 del IMSS. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF. Enero 2010.
17. Sandra Ivette León Reyes. Funcionalidad Familiar en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable de la UMF No 28 del IMSS, aplicando el Apgar Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF. Agosto 2010.
18. Sánchez Pérez T. L., Tomasis García J.N., Saenz Martínez L.P. Guía metodológica para la elaboración de un protocolo de Investigación en el Área de la Salud. . México : Ed. Prado, 1ª. Ed. Capítulos del I-V y XIII. pp. 3-50 y pp. 135-138.
19. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.