



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31**

**TÍTULO DE LA TESIS:**

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO  
IRRITABLE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO”**

**R-2020-3703-048**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**Presentado por:**

**DOMÍNGUEZ MARRUFO LEONARDO EDUARDO**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**ASESORES DE TESIS**

**ALVARADO GUTIÉRREZ TERESA**

**MAZÓN RAMÍREZ JUAN JOSÉ**



**CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2021**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 DE LA CIUDAD DE MÉXICO"**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DOMÍNGUEZ MARRUFO LEONAROD EDUARDO**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31**

**AUTORIZACIONES:**



**DRA. LAURA MATEO ACOSTA.**

**DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS**



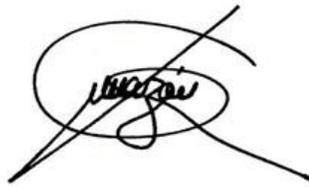
**DRA. TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ**

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS.**

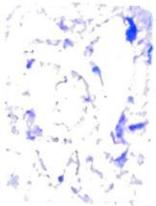
**ASESORES DE TESIS**



**DRA. TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO.31, IMSS**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
ASESOR DE TESIS**



**U. M. F. No. 31  
DIVISION**

**CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2021**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE  
ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 DE LA CIUDAD DE MÉXICO"**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

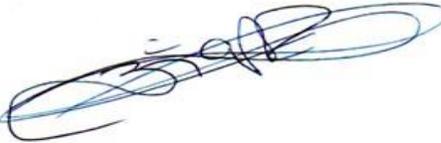
**DOMÍNGUEZ MARRUFO LEONAROD EDUARDO**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31**



---

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



---

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**U. N. A. M. No. 31  
DIRECCION**



---

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

<b>DATOS DEL ALUMNO</b>	
Apellido paterno	<b>Domínguez</b>
Apellido materno	<b>Marrufo</b>
Nombre	<b>Leonardo Eduardo</b>
Universidad	<b>Universidad Nacional Autónoma de México</b>
Facultad o escuela	<b>Facultad de medicina</b>
Carrera	<b>Médico familiar</b>
No. de cuenta	<b>305699477</b>
<b>DATOS DE LOS ASESORES</b>	
Apellido paterno	<b>Alvarado</b>
Apellido materno	<b>Gutiérrez</b>
Nombre	<b>Teresa</b>
Apellido paterno	<b>Mazón</b>
Apellido materno	<b>Ramírez</b>
Nombre	<b>Juan José</b>
<b>DATOS DE LA TESIS</b>	
Título	<b>“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 DE LA CIUDAD DE MÉXICO”</b>
No. de páginas	<b>58</b>
Año	<b>2021</b>

	Páginas
1. RESUMEN	7
ABSTRACT	8
2. INTRODUCCIÓN	9
3. ANTECEDENTES	11
3.1 Depresión	10
3.2 Síndrome de Intestino Irritable	15
3.3 Instrumentos	20
4. JUSTIFICACIÓN	23
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
6. OBJETIVOS	24
6.1 General	24
6.2 Particulares	25
7. HIPÓTESIS	25
8. MATERIALES Y MÉTODOS	25
8.1 Periodo y sitio de estudio	25
8.2 Universo de trabajo	25
8.3 Unidad de análisis	25
8.4 Diseño de estudio	26
8.5 Criterios de selección	26
8.5.1 Criterios de inclusión	26
8.5.2 Criterios de exclusión	26
8.5.3 Criterios de eliminación	27
8.6 Control de Sesgos	27
8.6.1 Maniobra para evitar y controlar sesgos	27
8.6.2 Prueba Piloto	28
9. MUESTREO	28
9.1 Calculo del tamaño de muestra	28
10. VARIABLES	30
10.1 Operacionalización de las variables	30
11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	35

12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	37
13. CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
13.1 Conflictos de intereses	40
14. RESULTADOS	40
15. DISCUSIÓN	43
16. CONCLUSIONES	46
17. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	46
18. BIBLIOGRAFÍA	47
19. ANEXOS	52
19.1 Carta de consentimiento informado	52
19.2 Hoja de recolección de datos	53
19.3 Instrumentos	56
19.3.1 Criterios de ROMA III	56
19.3.2 Criterios de Maning	57
19.3.3 Escala de DSM-V	58

## 1. RESUMEN

### **“Frecuencia de depresión en pacientes con síndrome de intestino irritable atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 en la Ciudad de México”**

**\*Leonardo Eduardo Domínguez Marrufo, \*\*Teresa Alvarado Gutiérrez, \*\*\*Juan José Mazón Ramírez.**

**Introducción:** El síndrome de intestino irritable (SII) el cual se caracteriza por alteraciones sin una causa orgánica en la motilidad intestinal. En la mayoría de los casos es por causas psiquiátricas o de somatización teniendo como afección principal al trastorno de ansiedad en un 80% y en un 60% la depresión.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con SII atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 31. Adicionalmente como objetivo particular se buscó la asociación de los síntomas de depresión identificados por el DSM-V y las variables de SII contemplados en los criterios de ROMA III y de Maning.

**Métodos:** Previo al análisis se realizó una prueba piloto a 10 pacientes para validar la comprensión y el tiempo de duración del instrumento, Posteriormente se reclutaron a pacientes con diagnóstico de SII con ayuda de los criterios de ROMA III, de Manning y posteriormente se verificó en ellos la presencia de depresión mediante los criterios del DSM-V, con la finalidad de determinar la frecuencia de depresión en los pacientes con SII.

**Resultados:** Se encontró una frecuencia del 73.08% de depresión en pacientes con SII. Adicionalmente, se identificó la asociación significativa entre la presentación de alteración del sueño y la alteración en la consistencia de las evacuaciones en los pacientes con SII deprimido respecto a los no deprimidos con un valor de  $P= 0.041$  y  $P= 0.028$  respectivamente.

**Conclusiones:** Se identificó una frecuencia de depresión en pacientes con SII más elevada a la ya descrita en otros estudios.

**Palabras Clave:** Síndrome de Intestino Irritable y Depresión.

## 1.1 ABSTRACT

### "Frequency of depression in patients with irritable bowel syndrome treated at the Family Medicine Unit No. 31 in Mexico City"

\*Leonardo Eduardo Domínguez Marrufo, \*\*Teresa Alvarado Gutiérrez, \*\*\*Juan José Mazón Ramírez.

**Introduction:** Irritable bowel syndrome (IBS) which is characterized by alterations without an organic cause in intestinal motility. In most cases, it is due to psychiatric or somatization causes the main condition being anxiety disorder in 80% and depression in 60%. **Objective:** To determine the frequency of depression in patients with IBS treated in the Family Medicine Unit No. 31. Additionally, as a particular objective, the association of the depression symptoms identified by the DSM-V and the IBS variables contemplated in the ROMA III and Manning criteria was sought. **Methods:** Prior to the analysis, a pilot test was carried out on 10 patients to validate the compression and the duration of the instrument. Patients with a diagnosis of IBS were recruited with the help of the ROMA III and Manning criteria and subsequently the presence of depression using the DSM-V criteria, in order to determine the frequency of depression in patients with IBS. **Results:** A 73.08% frequency of depression was found in patients with IBS. Additionally, a significant association between the presentation of sleep disturbance and the alteration in the consistency of bowel movements in patients with depressed IBS compared to non-depressed patients was identified with a value of  $P= 0.041$  and  $P= 0.028$  respectively. **Conclusions:** A higher frequency of depression in patients with IBS was identified than that already described in other studies.

**Key Words:** Irritable Bowel Syndrome and Depression.

## **2. INTRODUCCIÓN**

La determinación de la frecuencia de depresión en pacientes con diagnóstico del SII es de suma importancia para establecer la relación clínica entre ambos padecimientos. Esto permitirá en un futuro optimizar el abordaje e intervención clínica de pacientes con SII, permitiendo al sector salud público optimizar insumos y recursos, debido a que este padecimiento se presenta de manera recurrente en los servicios de urgencias y de consulta externa de medicina familiar, los cuales se les solicitan múltiples estudios y se les recetan múltiples tratamientos para mitigar dolencias gastrointestinal, sin tratar el problema de origen en pacientes en donde la presentación del SII está dada por el trastorno depresivo. Adicionalmente, resulta importante mencionar que la depresión es un padecimiento que en etapas avanzadas frecuentemente conlleva a un desenlace fatal. Por lo que identificar pacientes con depresión en etapas iniciales que presentan además alteraciones características del SII permitirá tratar dos padecimientos ligados y dar un seguimiento oportuno y eficaz del trastorno depresivo por sí mismo, evitando un desenlace fatal en el paciente.

Por lo que el objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de depresión en pacientes con SII. Se corroboró la presencia del SII en 104 pacientes de manera dirigida de acuerdo a los criterios de ROMA III y la escala de Manning, posteriormente se determinó la presencia de depresión mediante los criterios del

DSM-V. Con la finalidad de determinar la frecuencia de depresión en estos pacientes, identificando además de manera significativa 2 rasgos gastrointestinales entre ambos padecimientos en la población mexicana.

---

### **3. ANTECEDENTES**

#### **3.1. Depresión**

La depresión es una patología multifactorial que afecta a la salud mental del varón y la mujer en cualquier etapa de la vida <sup>(1)</sup>. La depresión actualmente es una de las afecciones más frecuentes y se estima que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Por lo que la depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave ya que puede causar gran sufrimiento y alterar la esfera biopsicosocial del paciente <sup>(2)</sup>. Además, es importante mencionar que actualmente la depresión es la causa más importante de inhabilitación laboral con un 7.5% a nivel mundial <sup>(3)</sup>.

Aunque en la actualidad existen tratamientos eficaces para tratar la depresión, en promedio más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe esos tratamientos, aunque se estima que en ciertos países más del 90% los pacientes afectados no reciben el tratamiento farmacológico. Entre los obstáculos más frecuentemente identificados para brindar a una atención eficaz en los pacientes con depresión se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales en la sociedad y la evaluación clínica inexacta de este trastorno. Otro obstáculo

importante para la atención eficaz es la evaluación errónea del paciente. A lo largo de distintos países con economías diversas, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos <sup>(2)</sup>.

Actualmente, la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. Por lo que en la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales <sup>(4)</sup>.

A su vez, en México se estima que la prevalencia de la depresión oscila entre el 7% al 9% <sup>(3,5)</sup>. Convirtiendo a la depresión en un problema de salud de gran relevancia nacional, por su asociación a la discapacidad física y social grave y por ende la presencia la una baja calidad de vida en el paciente y una mayor utilización de la atención médica, debido a que los pacientes que viven con depresión a menudo no buscan ayuda integral, sino que buscan atención médica para mitigar la sintomatología, sin reconocer el propio paciente a menudo su estado depresivo <sup>(3)</sup>.

La depresión es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan con prioridad la esfera afectiva principalmente la del estado de ánimo, como la tristeza, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración entre otras alteraciones, afectando al paciente y a su entorno, lo que se expresa a través de alteraciones a nivel cognitivo o incluso somático <sup>(5)</sup>.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Una distinción

fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan <sup>(4)</sup>.

El trastorno depresivo recurrente, como su nombre indica, se caracteriza por episodios de depresión repetidos. Durante estos, se presenta el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, además de una reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica <sup>(3,4)</sup>.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones <sup>(4,6)</sup>.

Por otro lado, el trastorno afectivo bipolar es un tipo de depresión caracterizado por episodios maníacos y depresivos separados por intervalos de tiempo con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir <sup>(4)</sup>.

La principal forma de diagnóstico es clínica, en la mayoría de los casos es por descarte. Actualmente, existen tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. El médico puede ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los médicos deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, la posibilidad de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales del médico tratante. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas supervisados <sup>(7)</sup>. Es importante resaltar que los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve, mientras que los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela <sup>(8)</sup>.

La depresión es una enfermedad de carácter multifactorial, ya que influyen factores biológicos, psicológicos y sociales como se ha mencionado previamente <sup>(10)</sup>. La fisiopatología de la enfermedad consta de establecer que el síndrome se puede originar por la menor disponibilidad de monoaminas en el encéfalo, principalmente de 5-HT y noradrenalina (NA) <sup>(3)</sup>. En estudios realizados mediante imágenes de PET se observó que los pacientes con depresión muestran mayor

expresión de la monoamino-oxidasa A (MAO-A) en la corteza prefrontal, la corteza temporal, el hipocampo, el tálamo, el núcleo *accumbens* y el mesencéfalo <sup>(7)</sup>.

Los hallazgos mencionados hacen suponer que la mayor tasa de degradación de 5-HT y NA es uno de los factores fisiopatológicos que intervienen en la transmisión monoaminérgica. Entre otras cosas también, el polimorfismo G1463A en el gen de la *hTPH2* sugiere que el déficit serotoninérgico se encuentra en la síntesis de 5-HT, debido a que el cambio de aminoácido resulta en la pérdida del 80% de la función enzimática <sup>(3)</sup>.

Uno de los factores ya mencionados como factor desencadenante es el estrés crónico debido a que desregula al eje hipotálamo-adrenal propiciando la elevación sostenida del tejido nervioso al cortisol, lo que origina la inhibición de la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro BDNF <sup>(2)</sup>.

El paciente afectado por depresión presenta diversas complicaciones en el ámbito biopsicosocial, presentando múltiples consecuencias a nivel orgánico en diversos aparatos o sistemas <sup>(3)</sup>. Además del sufrimiento originando en la psique del paciente, se modifica de manera importante en la vida diaria del paciente aspectos claves como la cognición, la capacidad afectiva y la manera de relacionarse con su entorno, así como el efecto negativo que genera sobre el desempeño de actividades diarias, incluidas la vida laboral, llegando a desenlaces fatales como el suicidio <sup>(4)</sup>. El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, a nivel mundial se estima que cada año se suicidan cerca de 800 000 personas. En México, para el año 2017 se reportó una tasa de 6 559 suicidios, siendo la depresión un factor de riesgo preponderante para este desenlace fatal <sup>(1)</sup>.

Datos obtenidos por el INEGI en el 2017 señalaron que el 32.5% de los integrantes en los hogares mexicanos mayores a los 12 años de edad se sintió deprimido <sup>(3)</sup>. Sin embargo, al preguntarles a los mismos individuos en función a la frecuencia de la presentación de sentimientos depresivos el 88.7% admitió tenerlos de manera anual, mensual o diariamente, evidenciando que la depresión puede llegar a ser un problema grave de salud en México <sup>(8)</sup>.

Interesantemente, se sabe que pacientes con depresión presentan de manera importante afecciones a nivel orgánico y uno de los sistemas afectados es el gastrointestinal, siendo el síndrome de intestino irritable (SII) una de las alteraciones más frecuentes <sup>(8)</sup>.

### **3.2 Síndrome de Intestino irritable**

Actualmente, se estima que el síndrome del intestino irritable (SII) afecta entre el 7% al 18% de la población mundial <sup>(5-7)</sup>, en México la incidencia del SII es desconocida, sin embargo, existen algunos estudios aislados a nivel nacional, que estiman una prevalencia variable del 4.4 al 35%, obtenidas en estudios que usaron los criterios de Roma III <sup>(9)</sup>.

El SII es un trastorno frecuente que afecta el intestino grueso. Los signos y síntomas comprenden cólicos, dolor abdominal, hinchazón, la presencia de gases, diarrea o estreñimiento, o ambos y mucosidad en las heces. La mayoría de las personas con SII tiene momentos en los que los signos y síntomas son peores y momentos en las que mejoran o, incluso, desaparecen por completo. Es importante resaltar que solamente una pequeña cantidad de personas con SII tienen signos y síntomas graves. Algunas personas pueden controlar los síntomas

con cambios en la dieta, el estilo de vida y con tratamiento del estrés. Los síntomas más graves pueden tratarse con medicamentos y terapia psicológica. Sin embargo, es importante resaltar que el SII es un trastorno crónico que debe controlarse a largo plazo. De manera interesante, se ha descrito que el SII no produce modificaciones en el tejido intestinal ni aumenta el riesgo de cáncer colorrectal <sup>(6)</sup>.

El SII es una enfermedad multifactorial y se desconoce la etiología exacta de esta enfermedad, se estima que una proporción importante de casos la causa es de origen infeccioso, sin embargo, existen reportes que han asociado de manera importante al SII con afecciones como la depresión y ansiedad <sup>(5,10)</sup>. A continuación, se describen los factores que pueden contribuir al desarrollo de este síndrome:

-Contracciones musculares en el intestino: Las paredes del intestino están revestidas por capas de músculo que se contraen a medida que trasladan los alimentos a lo largo del tubo digestivo. Las contracciones más fuertes y que duran más tiempo de lo normal pueden causar gases, hinchazón y diarrea. Las contracciones intestinales débiles pueden enlentecer el paso de los alimentos, lo que provoca que las heces sean duras y secas <sup>(6)</sup>.

-Inflamación intestinal: Algunas personas con SII tienen una cantidad mayor de células del sistema inmunitario en el intestino. Esta respuesta del sistema inmunitario se asocia con dolor y diarrea <sup>(6)</sup>.

-Infección grave: El SII puede presentarse después de un episodio grave de diarrea (gastroenteritis) que se produce a causa de bacterias o de un virus. El SII también puede asociarse con un exceso de bacterias en el intestino (crecimiento excesivo de bacterias) <sup>(6)</sup>.

-Alteraciones en las bacterias del intestino (microbiota): La microbiota son las bacterias “buenas” que habitan en el intestino y que cumplen una función clave en el mantenimiento de la salud. Recientes investigaciones señalan que la microbiota de las personas con SII puede variar en relación con la microbiota de las personas sanas <sup>(6)</sup>.

-El sistema nervioso: Las anomalías en los nervios del aparato digestivo pueden causar una molestia mayor que la normal cuando el abdomen se estira debido a los gases o las heces. Las señales mal coordinadas entre el cerebro y el intestino pueden hacer que el cuerpo reaccione de manera exagerada a los cambios que normalmente tienen lugar en el proceso digestivo, lo que genera dolor, diarrea o estreñimiento <sup>(6)</sup>.

En cuanto a la fisiopatología del SII por el momento no existe una causa bien definida ni un agente etiológico único. Sin embargo, se toma como una alteración a la que puede aplicarse un enfoque biopsicosocial a causa de los múltiples factores que participan en su desarrollo. Para poder simplificar las diversas teorías, las cuales se dividen en: trastornos de la motilidad; hipersensibilidad visceral y el concepto del eje cerebro-intestino; inflamación de la pared intestinal, y factores psicológicos.

El SII, conocido anteriormente como colon espástico, colon nervioso o colon irritable, ha ido cambiando debido a la presentación de un conjunto de síntomas digestivos, como dolor o molestias gastrointestinales, agregándose alteraciones en la consistencia o frecuencia de las evacuaciones sin datos clínicos de infección en el tracto gastrointestinal. Esta afección es muy frecuente en pacientes jóvenes, siendo uno de los principales motivos de consulta en la atención primaria de salud o en servicios de gastroenterología <sup>(11)</sup>.

El SII es una condición funcional anormal del intestino, la cual resulta costosa en el sistema de salud y es potencialmente inhabilitante, este síndrome se diagnostica mediante criterios clínicos <sup>(4)</sup>. Actualmente la incidencia del SII es desconocida, sin embargo, dependiendo de los criterios diagnósticos empleados la incidencia es variable, se ha documentado que existe un predominio en el género femenino en la prevalencia de este padecimiento. También se sabe que los pacientes diagnosticados con SII tienen una alta probabilidad de tener otra enfermedad funcional y más procedimientos quirúrgicos respecto a la población general <sup>(5,7)</sup>.

Se ha reportado que alrededor del 30% de las personas que experimentan los síntomas del SII consultaron a los médicos para conocer sus síntomas, sin embargo, estos pacientes no tuvieron síntomas abdominales significativamente diferentes a los que no consultan, pero sí tienen mayores niveles de ansiedad y menor calidad de vida <sup>(5)</sup>. Existe evidencia que propone una asociación entre el desarrollo del SII y la presencia de depresión, ansiedad y procesos de somatización. Incluso algunos estudios han demostrado que más del 60% de los pacientes con SII presentan alteración en el estado emocional <sup>(8)</sup>.

En la actualidad se ha asociado la presencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de SII con una alta prevalencia, en ese sentido se ha intentado establecer de manera más concreta, ¿cuáles son los mecanismos presentes entre ambas afecciones?. Existen dos modelos que pretenden explicar esta relación, el primero que sugiere que los síntomas abdominales devienen de manera secundaria con la ansiedad y la depresión, mientras que otro modelo postula que los factores psicológicos influyen en factores fisiológicos como las funciones motoras, el umbral sensorial y la reactividad al estrés del intestino a través de vías aferentes vagales y simpáticas <sup>(8)</sup>. Sin embargo, resulta necesario mencionar que existe evidencia científica sólida del papel de los factores estresantes de la vida temprana, como el abuso sexual y la separación materna y el desarrollo subsecuente del SII <sup>(6)</sup>.

Aunque la causa del SII no está clara, se otorga mayor credibilidad al modelo etiológico biopsicosocial <sup>(12)</sup>. Esto propone que los síntomas se producen debido a una interacción entre los mecanismos biológicos, psicológicos y sociales <sup>(13-15)</sup>. Un sistema fisiológico por el cual puede ocurrir esta interacción se conoce como el eje del intestino-cerebro (EIC) <sup>(16)</sup>. El EIC es una comunicación bidireccional entre el sistema nervioso entérico ubicado en las paredes del tracto gastrointestinal y el sistema nervioso autónomo y central <sup>(17)</sup>. El mecanismo de comunicación involucra la respuesta de estrés autonómico y las vías endocrina, neuroinmune y neural <sup>(18)</sup> que utilizan el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal e interacciones fisiológicas para contribuir a la experiencia de los síntomas en los trastornos funcionales del intestino <sup>(19)</sup>. El EIC es, por lo tanto, el mecanismo fisiológico propuesto por el cual

los factores psicológicos pueden ejercer un efecto sobre los resultados físicos, como la gravedad de los síntomas como se muestra en la figura 1.

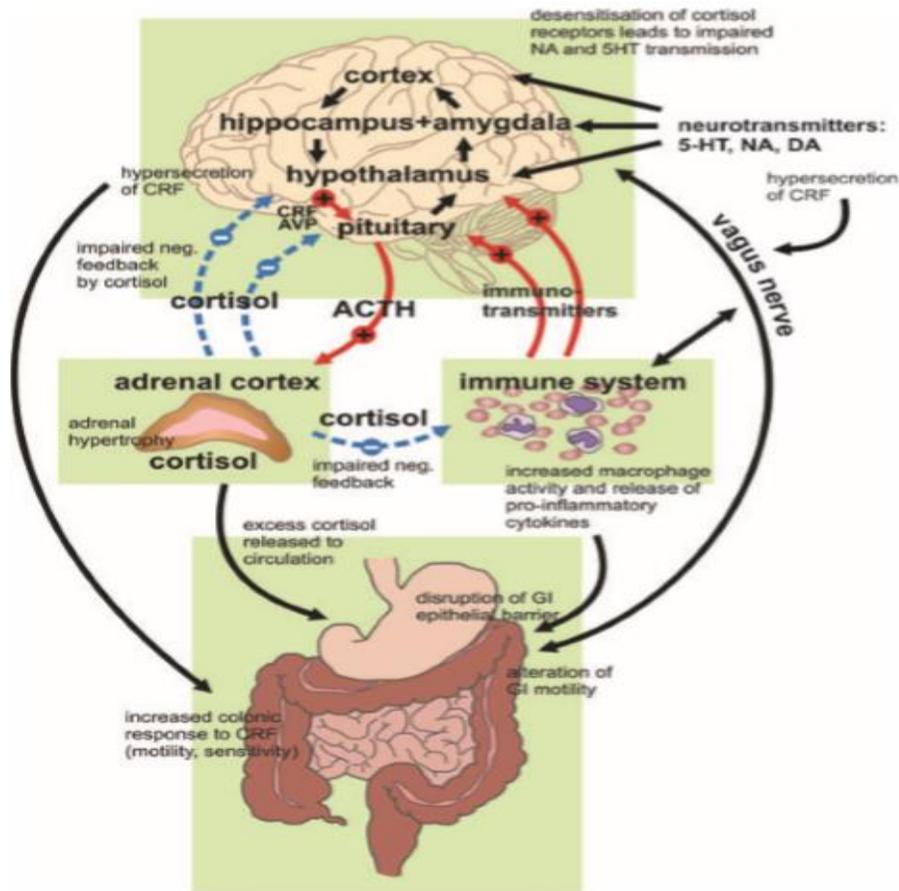


Figura 1. Eje intestino-cerebro donde se muestra la vía principal que explica la relación entre depresión y el síndrome del intestino irritable. Tomado de Mirsharifa et al., 2019

### 3.3 Instrumentos

Actualmente existe un vacío importante en la selección correcta de una herramienta o instrumento que permita diagnosticar de manera eficaz a los pacientes con SII, debido a que los instrumentos existentes presentan baja sensibilidad y especificidad. En 1978, se describieron los criterios de Manning y en 1988 la escala de Roma, los cuales permanecen desde hace más de 30 años

como criterio diagnóstico, permitiendo además distinguir el SII de algún otro trastorno orgánico <sup>(20-22)</sup>.

La primera herramienta utilizada para el diagnóstico del SII respecto a otras enfermedades orgánicas fue los criterios de Manning, posteriormente llegaron los criterios de Kruis, los cuales resaltaron la cronicidad de los síntomas y la necesidad de descartar los criterios de alarma y por último se desarrollaron los Criterios de Roma para SII, los cuales se extendieron ulteriormente a todos los Trastornos Funcionales Gastrointestinales (TFGI). Estos criterios han evolucionado a los más actuales criterios de Roma III y IV; los cuales han constituido en el estándar de oro para el diagnóstico de los pacientes con TFGI en todo el mundo y como referente para poder comparar estudios epidemiológicos. Aun los más escépticos sobre la existencia de los TFGI, los utilizan en sus estudios clínicos como criterios de inclusión, de forma que se pueda estandarizar el diagnóstico de los pacientes y poder comparar los resultados de los diferentes ensayos <sup>(3,6)</sup>.

Es importante mencionar que los criterios de Manning consisten en una lista de preguntas que el médico puede pedir al paciente. Las respuestas se utilizan en un proceso para producir una decisión diagnóstica respecto a si el paciente puede considerar que tiene el SII <sup>(6)</sup>.

Hace ya algunos años los criterios de Manning se han comparado con otros algoritmos de diagnóstico, tales como los criterios de Roma I, el proceso de Roma II, y los criterios Kruis. Con resultados controversiales entre los diferentes estudios publicados. En 2013, se encontró que los criterios de Manning presentaban menos sensibilidad, pero más especificidad que los criterios de Roma <sup>(20)</sup>. Esto debido a

que los criterios de Manning están enfocados al dolor abdominal frecuente, continuo o reciente con un periodo de 6 o más episodios en un año asociados a dos o más de las siguientes características: 1) comienzo del dolor abdominal asociado a cambios del hábito intestinal o de la consistencia de las heces, 2) el dolor se alivia con la defecación, 3) hinchazón o distensión abdominal, 4) presencia de mucorrea en heces y 5) más del 25% de las deposiciones se asocian con sensación de defecación incompleta <sup>(21)</sup>.

Mientras que una de las críticas más comunes a los criterios de Roma, es sobre su limitada utilidad para la formulación de criterios para la inclusión de pacientes en estudios clínicos y con poca aplicabilidad en la práctica clínica <sup>(23)</sup>.

Ambas herramientas se utilizan para valorar a los pacientes que cuentan con alteración de las evacuaciones o molestias gastrointestinales, las cuales causan cambios en los hábitos alimenticios, cabe mencionar que los criterios de ROMA III cuentan con una sensibilidad del 90% y especificidad del 85% y por otra parte los criterios de Manning cuentan con una sensibilidad del 87% y especificidad del 90% <sup>(23-25)</sup>. Sin embargo, los criterios de Roma han presentado problemas importantes en la selección o diagnóstico de pacientes con SII, mostrando inconsistencias durante la implementación de la escala de ROMA III y ROMA IV, las cuales por sí solas diagnostican una frecuencia diferente de pacientes con SII como se ha demostrado en diversos estudios <sup>(24)</sup>.

Así mismo, estudios en donde se identifica la frecuencia de depresión en pacientes con SII recomiendan la aplicación del DSM-V debido a que esta herramienta es el estándar para el diagnóstico de depresión respecto a otras herramientas como Hamilton <sup>(26)</sup>.

El DSM-V fue editado por la asociación estadounidense de psiquiatría, para clasificar los trastornos mentales, el cual fue modificada el 18 de mayo del 2013, proporcionando descripciones claras de las categorías con el fin de diagnosticar, estudiar e intercambiar información para los distintos trastornos mentales, el cual consta de diferentes ítems, con un alfa de Cronbach de 0.84 <sup>(27,28)</sup>.

Hasta la fecha no existen estudios que permitan saber cuál es la frecuencia de la depresión en pacientes con síndrome del intestino irritable en nuestro país, situación que es de gran trascendencia, ya que el saber la proporción de pacientes afectados por este trastorno en un futuro podría ayudar en la realización de un diagnóstico correcto y poder proponer un abordaje y tratamiento más adecuado para este tipo de pacientes en el sistema de salud mexicano.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente la incidencia del síndrome del intestino irritable va en aumento, con una frecuencia general que oscila entre 50 al 60% en la población general dependiendo de la región geográfica. El SII es una condición funcional anormal del intestino que resulta altamente costosa al sistema de salud debido a que inhabilita al paciente para realizar sus actividades laborales. Existe evidencia que demuestra que más del 60% de los pacientes con SII presentan alteraciones en el estado emocional como ansiedad y procesos de somatización, observando en un 4.4% trastornos depresivos. Poniendo a discusión si la mayoría de los casos de SII son en sí una de las manifestaciones clínicas propias de la depresión, el cual es un problema de salud altamente prevalente, dificultando así el abordaje del

paciente con SII y la selección correcta del tratamiento para erradicar la sintomatología derivada del mismo síndrome.

Actualmente el SII es el motivo de consulta de índole gastrointestinal más frecuente según la Guía Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome del Intestino Irritable y podemos deducir que este fenómeno se presenta de manera generalizada tanto en el IMSS como en la UMF31, por lo que el poder realizar un diagnóstico certero en estos pacientes evitaría el realizar gastos excesivos de recursos económicos y humanos a nivel hospitalario, permitiendo hacer más eficiente el ejercicio médico y retribuyendo en la mejora sustancial en la salud del paciente diagnosticado con SII.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los últimos años ha surgido a nivel mundial la necesidad de determinar la frecuencia de la depresión en pacientes con síndrome del intestino irritable; se ha demostrado que el no conocer esta relación, ha permitido que se subdiagnostiquen los casos de depresión en pacientes con el síndrome de intestino irritable, permitiendo un manejo erróneo del paciente lo cual representa un costo enorme para el sistema de salud. En el país no se han realizado estudios sobre este padecimiento, por lo que es importante conocer la frecuencia del mismo.

A partir de lo anterior, surge de manera importante el saber **¿Cuál es la frecuencia de depresión en pacientes con síndrome de intestino irritable atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 31?**

## **6. OBJETIVOS**

**6.1 Objetivo General:** Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 31.

### **6.2 Objetivos Particulares:**

1. Determinar la asociación de los síntomas de depresión identificados por el DSM-V con mayor predominio
- 2.-Determinar la asociación de los síntomas del SII contempladas en los criterios de ROMA III y de Maning.

## **7.- HIPÓTESIS**

El 60% de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 de la Ciudad de México presenta depresión.

## **8.- MATERIALES Y MÉTODO**

### **8.1 Periodo y sitio de estudio**

El estudio se llevó a cabo en la UMF 31 Iztapalapa IMSS en un periodo de 2 meses en el área de consulta externa.

### **8.2 Universo de trabajo**

La población de estudio fue obligatoriamente derechohabiente IMSS con afiliación a la UMF 31 Iztapalapa; en promedio de 165,922 pacientes. Los participantes fueron seleccionados por el grupo de investigadores, con un rango de edad entre 20 a 60 años de indistinto sexo con sintomatología de síndrome de intestino irritable.

### **8.3 Unidad de análisis**

La unidad de análisis fueron los pacientes derechohabientes IMSS con afiliación a la UMF 31 Iztapalapa de un rango de edad entre 20 a 60 años de indistinto sexo con diagnóstico confirmado de síndrome de intestino irritable.

### **8.4 Diseño de estudio**

- \* Finalidad: Descriptivo
- \* Secuencia temporal: Transversal
- \* Control de asignación de los factores de estudio: Observacional
- \* Direccionalidad: Retrospectivo

### **8.5 Criterios de selección**

#### **8.5.1 Criterios de inclusión:**

- \* Pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 31.
- \* Pacientes con sintomatología de síndrome de intestino irritable que cuente con los criterios de ROMA III y de Manning positivos.
- \* Pacientes de ambos sexos con un intervalo de edad de 20 a 60 años.
- \* Pacientes que tuvieran algún antecedente de haber sido sometidos o no a estudios de gabinete o de laboratorio para descartar algún otro padecimiento gastrointestinal.
- \* Pacientes que aceptaron participar en el estudio y lo concluyeron.

#### **8.5.2 Criterios de exclusión**

- \* Pacientes con alguna otra anomalía gastrointestinal congénita o idiopática.

\* Pacientes que no se encontraran medicados bajo ningún fármaco antidepresivo, antipsicótico ó ansiolítico.

\* Pacientes con trastorno bipolar o con síntomas psicóticos.

\* Pacientes con diagnóstico de ansiedad.

### **8.5.3 Criterios de eliminación**

Por el tipo de estudio no aplica ya que no se realizó un procedimiento o toma de muestra a lo largo de un tiempo definido durante la realización del estudio. (fue transversal)

## **8.6 CONTROL DE SESGOS**

### **8.6.1 Maniobra para evitar y controlar sesgos**

**Sesgo de Selección:** Este sesgo se presentó en el estudio, sin embargo, para disminuirlo, se seleccionaron a los pacientes con el margen de edad mencionado y que cumplieron con los criterios de Roma III y de Manning aplicados por los investigadores.

**Sesgo de Información o de Medición:** Para evitar este tipo de sesgo, se utilizaron instrumentos validados y aprobados para el diagnostico del SII y Depresión.

**Sesgo de confusión o mezcla de efectos:** Este protocolo no contó con intervenciones, por lo que no se presentó algún tipo de confusión y el instrumento que se aplicó, ya que cuenta con validez suficiente para evitar este tipo de sesgo.

**Sesgo Presupuestario:** La unidad médica contó con los recursos e infraestructura adecuados para realizar el estudio.

**Sesgos debidos a falta de representatividad de la población:** Este sesgo fue difícil de controlar debido a que no se contó con el registro de la frecuencia de síndrome de intestino irritable en las bases institucionales, por lo que se utilizó la población de los rangos de edad ya mencionados.

**Sesgo debido al encuestado:** Este tipo de sesgo, se evitó, debido a que el instrumento fue el mismo para todos los pacientes y se realizó por la misma persona. Tomando en cuenta que se buscó un lugar con cierta privacidad y sin intervención de algún familiar.

### **8.6.2 Prueba Piloto**

Se realizó una prueba piloto a 10 pacientes, para validar la comprensión y el tiempo de duración del instrumento, así se logró tener un tiempo estimado de 15 a 20 min en el que el paciente contestó las encuestas.

## **9. MUESTREO**

Se realizó un muestreo no aleatorio por casos consecutivos y acorde a los criterios de inclusión.

### **9.1 Cálculo de tamaño de muestra**

Se realizó un estudio de tipo no aleatorizado por casos consecutivos descriptivo donde se conoce una población finita de 165,922 pacientes de 20 a 60 años y una prevalencia de 4.4% de pacientes con SII asociado a diagnóstico de depresión en México evaluados con los criterios de Roma III, por lo que se decidió utilizar la siguiente fórmula para proporciones, para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n=Muestra

Z=Índice de riesgo deseado (para una confianza del 95%, la Z es de 1.96)

p=prevalencia del fenómeno en estudio

q= 1-p

d=precisión del estudio (2-10%), en éste caso se utilizó una precisión del 4%

Datos

n=Muestra

N= 1, 461, 856 pacientes de 20 a 29 años atendidos en la UMF 31

Z=1.96 de tablas

p=0.044

q=1 -0.044=0.956

d=0.04

SUSTITUCIÓN:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.044)(0.956)}{(0.04)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.044)(0.956)}{(0.0016)}$$

$$n = \frac{0.1615}{0.0016}$$

n = 101 Pacientes con síndrome de Intestino Irritable

## **10. VARIABLES**

-Variables socio demográficas:

Edad

Sexo

Estado civil

Escolaridad

Empleo

-Variables clínicas

Patologías crónico-degenerativas

Antecedentes heredofamiliares de depresión

-Variables Principales de Estudio

Síndrome del Intestino Irritable

Depresión

### **10.1 Operacionalización de variables**

**Nombre de la variable:** Edad

**Definición:** Tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio

**Definición operacional.** Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.

**Tipo de variable:** cuantitativa.

**Escala de medición:** Discontinua

**Indicador:** años

**Nombre de la variable:** Sexo.

**Definición:** Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser masculino y femenino.

**Definición operacional.** Identificación del sexo

**Tipo de variable:** cualitativa, nominal

**Escala de medición:** dicotómica

**Indicador:** Masculino (1) / Femenino. (2)

**Nombre de la variable:** Estado civil.

**Definición:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto

**Definición operacional.** Identificación del estado civil

**Tipo de variable:** cualitativa, nominal

**Escala de medición:** politómica

**Indicador:** Soltero (1) / Casado (2) / Divorciado (3) / Viudo (4) / Unión libre (5)

**Nombre de la variable:** Escolaridad.

**Definición:** Periodo de tiempo que un individuo asiste a la escuela para estudiar o aprender.

**Definición operacional.** Identificación del nivel de escolaridad

**Tipo de variable:** cualitativa, nominal

**Escala de medición:** politómica

**Indicador:** Sabe leer y escribir (1) / Primaria (2) / Secundaria (3) / Media Superior (4) / Superior (5) / Posgrado (6) analfabetas (7)

**Nombre de la variable:** Empleo

**Definición:** Persona que trabaja para otra o para una institución a cambio de un salario.

**Definición operacional:** Identificación de actividad laboral del paciente

**Tipo de variable:** cualitativa, nominal

**Escala de medición:** politómica

**Indicador:** Obrero (1) / Comerciante (2) / Empleado (3) / Desempleado (4) / Labores del hogar (5) / Estudiante (6) / Jubilado (7)

**Nombre de la variable:** Patologías crónico-degenerativas.

**Definición:** Enfermedad en la cual, la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo

**Definición operacional:** Identificación de positividad en patologías crónico-degenerativas en el paciente

**Tipo de variable:** cualitativa, nominal

**Escala de medición:** Politómica

**Indicador:** Diabetes (1) / Hipertensión (2) / Nefropatías (3) / EPOC (4) / Ansiedad (5) / Neoplasias (6)

**Nombre de la variable:** Antecedentes heredofamiliares de primero y segundo grado.

**Definición:** Registro de las relaciones entre los miembros de una familia de primero y segundo grado junto con sus antecedentes médicos de depresión

**Definición operacional.** Identificación de positividad en antecedentes heredofamiliares de depresión

**Tipo de variable:** cualitativa, nominal

**Escala de medición:** dicotómica

**Indicador:** Si (1) / No (2)

**Nombre de la variable:** Síndrome del intestino irritable.

**Definición:** Funcionamiento anormal del sistema gastrointestinal compuesto por un conjunto de síntomas digestivos como dolor, molestia, alteración en la consistencia o frecuencia de las evacuaciones sin datos clínicos de infección gastrointestinal.

Criterio de Roma III

Dolor o malestar abdominal recurrente por lo menos 3 días al mes y en los últimos 3 meses asociados a 2 o más de los siguientes puntos:

- 1.- Mejoría de síntomas al evacuar el 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.

Criterios de Manning

Dolor abdominal frecuente, continuo o recidivante (más de 6 episodios al año) asociado a dos o más de las siguientes características:

- 1.- Comienzo del dolor abdominal asociado a cambios del hábito intestinal, (más frecuente de la habitual) o de la consistencia de las heces (más blandas o sueltas de lo normal).
- 2.- El dolor se alivia con la defecación.
- 3.- Hinchazón o distensión abdominal (subjetiva u objetiva)

4.- Mucorrea.

5.- Más del 25% de las deposiciones se asocian con sensación de defecación incompleta.

**Definición operacional.** Para poder medir esta variable se aplicaron en los pacientes los criterios de ROMA III.

**Tipo de Variable:** Cualitativa, nominal

**Escala de medición:** Dicotómica

Indicador: Sí-más de 3(1) / No-Menos de 3(2)

**Nombre de la variable:** Depresión.

**Definición:** Conjunto de síntomas que afectan con prioridad la esfera afectiva principalmente la del estado de ánimo, como la tristeza, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración entre otras.

DSM-V

Contar mínimo con 4 de 9 de los siguientes síntomas, que han estado presentes en el lapso de dos semanas previas representando un cambio respecto al funcionamiento previo y por lo menos uno de esos síntomas es:

(1). - Humor depresivo ó (2). - pérdida de interés o placer.

1.- Humor depresivo casi todo el día casi a diario, por reporte objetivo (me siento triste, vacío). Desesperanzado, o por reporte subjetivo (se ve triste). NOTA. - En niños o adolescentes puede ser humor irritable.

2.- Marcada disminución en el interés y en la capacidad de sentir placer en las actividades diarias.

3.- Pérdida o aumento de peso sin realizar dieta del 5% o aumento o disminución del apetito casi a diario (en niños: fracaso de aumentar el peso establecido para la edad).

4.- Insomnio o hiperinsomnia casi a diario.

5.- Fatiga o pérdida de energía casia a diario.

- 6.- Agitación o retraso psicomotriz casi a diario y observado por otros.
- 7.- Sentimientos de inutilidad y culpa casi a diario los cuales pueden ser delirantes.
- 8.- Indecisión, disminución en la habilidad de pensar y concentrarse.
- 9.- Pensamientos recurrentes de: muerte, ideación suicida sin planeación, o intento suicida planeado.

**Definición operacional.** Para medir este padecimiento se aplicaron los criterios del DSM-V.

**Tipo de variable:** cualitativa, nominal

**Escala de medición:** dicotómica

**Indicador:** Si-más de 4 (1) / No-menos de 4 (2)

## **11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Fase I.

Previa autorización del comité local y las autoridades se realizó el estudio.

Fase II.

La investigación se llevó a cabo en la UMF 31 IMSS Iztapalapa en un periodo de 4 meses, con la población adscrita a esta unidad de en un rango de 20 a 60 años con un muestreo no aleatorizado por casos consecutivos con base en los criterios de selección.

Fase III.

Se realizó una búsqueda de pacientes, en la unidad de medicina familiar No. 31 que cumplían con la sintomatología del Síndrome de Intestino Irritable, a los cuales se les otorgó la información pertinente de la investigación a realizar, se aclararon las dudas que presentaron los pacientes así como los beneficios y posibles complicaciones de su participación; esto sentado por escrito en el

documento conocido como “Consentimiento Informado” el cual aún firmado por el paciente no lo obligaba a permanecer este estudio teniendo la libertad de salir del protocolo en el momento que lo decidiera sin implicar acciones que repercutan en su atención médica como derechohabiente IMSS.

#### Fase IV.

Se realizó una prueba piloto que consistió en captar a los pacientes con los criterios descritos en el protocolo por el investigador a los cuales se les informó de forma escrita y verbal los procesos a realizar.

#### Fase V.

Una vez seleccionados los pacientes se realizó la primera entrevista con el criterio Roma III y de Maning para confirmar el diagnóstico de SII, En los pacientes que se corroboró el diagnóstico de SII pasaron a la siguiente fase donde se les aplicaron los criterios para evaluar la presencia de depresión con el DSM-V para valorar si los pacientes con los criterios de ROMA III y de Maning positivos presentaban depresión. El tiempo previsto para ambas encuestas fue de 20 minutos y se realizó posterior a la consulta de medicina familiar. Este protocolo realizó un aproximado de 3 a 8 encuestas en un horario de 12:00 a 16:00hrs por día.

#### Fase VI.

Se recabaron los datos obtenidos, se estadificaron y analizaron para poder obtener los resultados correspondientes mediante el programa estadístico SPSS v21.

#### Fase VII.

Finalmente se realizó la presentación de los resultados y conclusiones de este trabajo de tesis.

## **12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se estructuró una base electrónica que contempló todos los datos clínicos recabados, la comparación entre los datos clínicos se realizó mediante SPSS v21. Para las variables numéricas continuas como edad al momento del diagnóstico, y comorbilidades se utilizó la prueba Kruskal-Wallis. Para las variables categóricas como tipo de depresión, tipo de SII, se realizó la prueba de chi-cuadrada o la Prueba exacta de Fisher. Por último, se estimó la Frecuencia, en todos los casos el valor de  $P < 0.04$  se consideró como significativo.

## **13. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este protocolo fue respaldado por dictado en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 3 y 6. -El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica; el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses; por lo que en este estudio se busca la prevención de una de las enfermedades con mayor incidencia y complicaciones en este país.

Este estudio será sometido de acuerdo al Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, de acuerdo a lo establecido en los siguientes artículos 3, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 113, 114, 116, 117 y 120.

El presente estudio cumplió con lo estipulado en el título segundo del Reglamento de La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según esta ley vigente en nuestro país, el estudio corresponde a la categoría II. **Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

En este protocolo solo se llevó a cabo tres encuestas para la obtención de los diagnósticos ya mencionados y así poder valorar la relación que existe entre ambos padecimientos.

Bajo los estatutos propuestos por el Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (**CIOMS**) in collaboration with the World Health Organization (**WHO**). Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Las presentes pautas estuvieron dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales: a) Respeto por la autonomía, que implicó que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones fueron tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implicó que se debió proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio dio lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores fueron competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohibió causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justificó sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones fue la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables; por lo que este protocolo se llevó a cabo en base a lo antes mencionado, en una sola dirección, en beneficio del paciente, identificando a los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable a los cuales se les aplicó una segunda encuesta para valorar el estado de depresión en

ellos y así poder considerar si el padecimiento antes descrito está relacionado con el segundo diagnóstico el cual no ha sido tratado en esta Unidad Médica.

### **13.1 Conflictos de intereses**

Se declara que el grupo de investigación no recibieron financiamiento externo; los fines de dicha investigación son meramente educativos sin fines de lucro.

## **14. RESULTADOS**

La presente investigación se llevó a cabo en 101 pacientes con diagnóstico confirmado de SII, esta población presentó un intervalo de edad de 20 a 60 años con una mediana de 41 años, RQ de 25 = 34 y RQ de 75 = 51, debido a que al aplicar la prueba de normalidad, Kolmogorof-Smirnov, los datos tuvieron distribución libre.

De los cuales el 68.27% eran mujeres, el estado civil más frecuente en nuestro estudio fue casado con un 46.1%, seguido de unión libre con el 28.2%. En cuanto al grado de escolaridad se presentó con mayor frecuencia la secundaria con un 46%, mientras que la ocupación más frecuente fue labores del hogar con un 43.6% y al momento del interrogatorio sólo el 25.6% refirió antecedentes familiares de depresión como se muestra en cuadro 1.

**Cuadro 1. Características generales de la muestra  
n=104**

<b>Variable</b>	<b>Resultado (%)</b>
<b>Edad</b>	Mediana: 41 años RQ.25= 34, RQ.75= 51
<b>Sexo</b>	Hombres 31.73% <b>Mujeres 68.27%</b>
<b>Estado civil</b>	Soltero 20.15% <b>Casado 46.15%</b> Unión libre 28.21%
<b>Escolaridad</b>	Divorciado 5.13% <b>Secundaria 46.15%</b> Preparatoria 25.64% Licenciatura 12.82% Primaria completa 7.69% Posgrado, primaria incompleta y sin estudios 2.56%
<b>Ocupación</b>	<b>Labores del hogar 43.59</b> Trabajo por contrato 23.08% Comerciante 10.26% Profesionista 7.69% Estudiante, Jubilados y desempleados 5.13%
<b>Antecedentes de Depresión en la Familia</b>	<b>No 74.36 %</b> Sí 25.64%

Con base en los criterios del DSM-V de manera notoria se identificó una frecuencia de depresión del 73.08% (76/104) en pacientes con SII como se observa en la Figura 2.

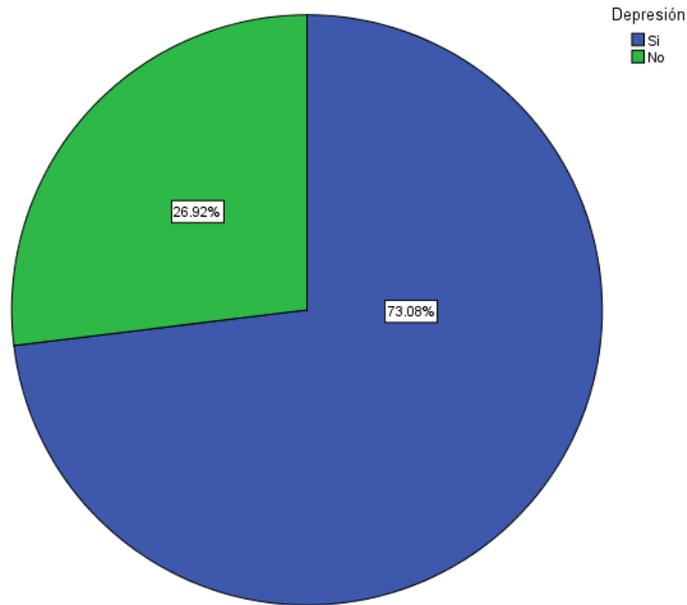


Figura 2. Frecuencia de depresión en pacientes con diagnóstico de SII.

Adicionalmente, se identificó los síntomas de depresión más frecuentes en estos pacientes. Siendo el insomnio uno de los síntomas más frecuentes del trastorno depresivo, seguido de la fatiga, cambio en el peso corporal, pérdida del interés por realizar cosas que antes les causaban satisfacción, irritabilidad o mal humor, disminución en su capacidad de comprender las cosas, sentimientos de inutilidad y miedo a morir, como se muestra en la Cuadro 2.

**Cuadro 2. Datos clínicos de depresión en pacientes con SII**

<b>Síntoma</b>	<b>Si presentó (%)</b>	<b>No presentó (%)</b>
<b>Insomnio</b>	74.36%	25.64%
<b>Fatiga</b>	69.23%	30.77%
<b>Cambio en el peso corporal</b>	66.67%	33.33%
<b>Pérdida del interés</b>	61.54%	38.46%
<b>Irritabilidad o mal humor</b>	61.54%	38.46%
<b>Disminución de la comprensión</b>	46.15%	53.85%
<b>Sentimiento de inutilidad</b>	35.90%	64.10%
<b>Miedo a la muerte</b>	33.33%	66.67%

Posteriormente, se identificó dos asociaciones significativas en este estudio. La primera fue la presencia de alteración del sueño con mayor frecuencia en aquellos pacientes con SII que presentaron depresión, respecto a aquellos que no presentaron el trastorno mental con un valor de  $p= 0.041$ . La segunda asociación significativa fue la alteración en la consistencia de las evacuaciones entre los pacientes con SII deprimidos respecto a los no lo estaban con un valor de  $p= 0.028$ . Adicionalmente, resulta necesario apuntar que se identificó una tendencia importante para presentar alivio al defecar en los pacientes con SII deprimidos respecto a los que no lo estaban, con un valor de  $p= 0.067$ . Cabe mencionar como hallazgo adicional que se identificó una asociación significativa entre la presencia de depresión en aquellos pacientes casados, respecto a los pacientes divorciados con un valor de  $p= 0.039$ .

## 15. DISCUSIÓN

En la actualidad se ha demostrado que existe una relación estrecha entre algunos trastornos mentales como la ansiedad, depresión y el desarrollo de SII. A nivel biológico se ha observado que existe una relación entre ambas entidades mediante el eje intestino-cerebro como una de las principales vías implicadas <sup>(19)</sup>, mientras que a nivel clínico se ha observado una frecuencia importante de casos con SII en donde el origen es propiamente el trastorno mental <sup>(5,8)</sup>. Aun cuando se han realizado estudios para identificar la frecuencia de depresión en pacientes que asisten a consulta por diagnóstico del SII, aun no se cuenta con estos datos en nuestra población y particularmente en población derechohabiente de la UMF 31 del IMSS, resultados que podrían ayudar a mejorar el ejercicio médico de nuestra institución.

En este trabajo se observó una frecuencia de depresión más elevada en pacientes con SII (73.08%), respecto a lo reportado por otros autores en donde identificó una frecuencia del 60% <sup>(8)</sup>. Esto es importante ya que demuestra la relación entre ambos padecimientos, lo que podría cambiar el paradigma en el abordaje de paciente con SII, en donde el origen es la depresión, ya que se sabe que en México la frecuencia general de depresión oscila entre el 4.4% al 9% <sup>(4,5)</sup>, frecuencia que se presenta en niveles superiores directamente en pacientes con SII. Además, se observó que el porcentaje de antecedentes familiares de depresión en nuestro estudio fue similar a la reportada para población hispana con un 30% <sup>(32)</sup>.

Interesantemente, en este trabajo predominó el sexo femenino con el 68.2%, lo que concuerda con lo reportado por otros autores en donde se menciona que el

sexo femenino presenta con mayor frecuencia el SII respecto a los varones <sup>(14)</sup>. Adicionalmente, más de la mitad de los pacientes con SII incluidos en el estudio mencionaron sentirse felices al momento del interrogatorio, contrario a lo encontrado por medio del DSM-V en este trabajo, además de mencionar que en general los pacientes consideraban tener una buena comunicación familiar, concretamente con los hijos. Sin embargo, se identificó la asociación significativa entre el mayor número de horas laborables y el sexo femenino, así como la presencia de toxicomanías, preferentemente el tabaquismo. Esto debido a que en el caso de las mujeres además de la jornada laboral diaria, ellas consideraban las actividades del hogar o el cuidado de los hijos como una actividad laboral no remunerada que genera una obligación y estrés a su vida diaria. Si bien se ha reportado que el exceso de horas laborales y el coordinar las actividades diarias en la familia sin el apoyo del esposo, pueden generar estrés que de manera crónica, llevando a los individuos a estadios de depresión <sup>(33)</sup>. Además, se evidenció una asociación significativa entre la presencia de depresión en individuos casados en contraste con aquellos individuos divorciados, reforzando la importancia de una dinámica familiar adecuada que favorece el equilibrio de la salud. Esta es la primera vez que se describen estos tres factores en una cohorte de pacientes con SII y depresión.

Al analizar de manera dirigida a aquellos pacientes con SII que presentaron depresión, se identificó al insomnio como el síntoma principal en nuestra cohorte de análisis. Lo que se relacionó con el número de horas laborables, reduciendo los tiempos destinados de descanso en los pacientes. Esto dista mucho con lo reportado en otras poblaciones, en donde el síntoma principal de depresión es la

alteración del estado de ánimo, como se maneja propiamente el DSM-5 y que contempla la OMS <sup>(2)</sup>. Se ha documentado ampliamente que la población mexicana es de las poblaciones que en promedio destinan más horas al ámbito laboral <sup>(34)</sup>, lo cual refuerza el resultado encontrado en nuestro estudio y evidencia la diferencia en la presentación de síntomas y el origen de estos en poblaciones diferentes. Sumado a esto se encontró alteraciones en el sueño de manera significativa en aquellos pacientes con SII con depresión, respecto a los no deprimidos. Situación que resulta difícil contrastar, debido a que este es el primer reporte al respecto.

En ese mismo sentido, se identificó por primera vez diferencias significativas en la variación de la consistencia de las evacuaciones entre pacientes con el síndrome y depresión en contraste con los pacientes que sólo presentaron SII, como lo dictan los criterios de ROMA III y Manning. Así como, una tendencia estadística a encontrar alivio al defecar en los pacientes con ambos padecimientos. Estas últimas dos características no habían sido descritas en este tipo de pacientes, lo que resulta relevante en la práctica clínica.

## **16. CONCLUSIONES**

Con base en los resultados obtenidos en este trabajo concluimos que la frecuencia de depresión en pacientes con SII es más elevada respecto a lo reportado en la literatura. Además, se identificó de manera interesante alteraciones en el sueño y el cambio en la consistencia de las evacuaciones en los pacientes deprimidos con Síndrome de Intestino Irritable como síntomas principales, estableciendo una relación clínica entre ambos padecimientos, lo que en un futuro podría sentar las

bases para apoyar el diagnóstico oportuno de estos pacientes en la práctica médica.

## **17. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS**

Una de las perspectivas a futuro en este trabajo sería el evaluar la severidad de la depresión en estos pacientes mediante la escala de Hamilton para valorar si la severidad del trastorno depresivo afecta en la sintomatología gastrointestinal del Síndrome del Intestino Irritable.

## 18. BIBLIOGRAFÍA.

1. Yeh, H., Chien, W., Chung, C., Hu, J. and Tzeng, N. (2018). Risk of psychiatric disorders in irritable bowel syndrome-A nationwide, population-based, cohort study. *International Journal of Clinical Practice*, 72(7), p.e13212.
2. Depresión [Internet]. Who.int. 2020 [cited 21 May 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Organización Mundial de la Salud: OMS. Depression; 2019 mayo 09. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Síndrome de intestino irritable - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2020 [cited 21 May 2020]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/irritable-bowel-syndrome/symptoms-causes/syc-20360016>
5. Windgassen S, Moss-Morris R, Chilcot J, Sibelli A, Goldsmith K, Chalder T. The journey between brain and gut: A systematic review of psychological mechanisms of treatment effect in irritable bowel syndrome. *British Journal of Health Psychology*. 2017;22(4):701-736.
6. Algoritmos de la Fundación de Roma para Diagnóstico de Síntomas Gastrointestinales Comunes en español [Internet]. *Revistagastroenterologiamexico.org*. 2020 [cited 21 May 2020]. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-algoritmos-fundacion-roma-diagnostico-sintomas-articulo-X0375090610898526>
7. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015
8. Windgassen S, Moss-Morris R, Goldsmith K, Chalder T. Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal

- related cognitions, behaviours and general anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*. 2019;118:73-82.
9. Li G, Fife D, Wang G, Sheehan J, Bodén R, Brandt L et al. All-cause mortality in patients with treatment-resistant depression: a cohort study in the US population. *Annals of General Psychiatry*. 2019;18(1).
  10. Pinto-Sanchez M, Hall G, Ghajar K, Nardelli A, Bolino C, Lau J et al. Probiotic *Bifidobacterium longum* NCC3001 Reduces Depression Scores and Alters Brain Activity: A Pilot Study in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 2017;153(2):448-459.e8.
  11. Patel R, Goyal H, Satodiya R, Tankersley W. Relationship of Cannabis Use Disorder and Irritable Bowel Syndrome (IBS): An Analysis of 6.8 Million Hospitalizations in the United States. *Substance Use & Misuse*. 2019;:1-10.
  12. Klem F, Wadhwa A, Prokop L, Sundt W, Farrugia G, Camilleri M et al. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome After Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017;152(5):1042-1054.e1.
  13. Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos: NIH. Definition and Facts for Irritable Bowel Syndrome. <https://salud.nih.gov/>
  14. Sibelli A, Chalder T, Everitt H, Workman P, Windgassen S, Moss-Morris R. A systematic review with meta-analysis of the role of anxiety and depression in irritable bowel syndrome onset. *Psychological Medicine*. 2016;46(15):3065-3080.
  15. Lacy B, Harris L, Chang L, Lucak S, Gutman C, Dove L et al. Impact of patient and disease characteristics on the efficacy and safety of eluxadoline for IBS-D: a subgroup analysis of phase III trials. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2019;12:175628481984129.

16. Mirsharifa S, Mirzaian B, Dousti Y. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Depression and Psychological Capital of the Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2019;7(3):421-427.
17. O'Mahony S, Marchesi J, Scully P, Codling C, Ceolho A, Quigley E et al. Early Life Stress Alters Behavior, Immunity, and Microbiota in Rats: Implications for Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Illnesses. *Biological Psychiatry*. 2009;65(3):263-267.
18. Lee Y, Hu L, Shen C, Huang M, Tsai S, Yang A et al. Risk of Psychiatric Disorders following Irritable Bowel Syndrome: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *PLOS ONE*. 2015;10(7):e0133283.
19. Li G, Fife D, Wang G, Sheehan J, Bodén R, Brandt L et al. All-cause mortality in patients with treatment-resistant depression: a cohort study in the US population. *Annals of General Psychiatry*. 2019;18(1).
20. Lee C, Doo E, Choi J, Jang S, Ryu H, Lee J et al. The Increased Level of Depression and Anxiety in Irritable Bowel Syndrome Patients Compared with Healthy Controls: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2017;23(3):349-362.
21. Lacy B, Harris L, Chang L, Lucak S, Gutman C, Dove L et al. Impact of patient and disease characteristics on the efficacy and safety of eluxadoline for IBS-D: a subgroup analysis of phase III trials. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2019;12:175628481984129.
22. Klem F, Wadhwa A, Prokop L, Sundt W, Farrugia G, Camilleri M et al. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome After Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017;152(5):1042-1054.e1.

23. Lacy B. Emerging treatments in neurogastroenterology: eluxadoline - a new therapeutic option for diarrhea-predominant IBS. *Neurogastroenterology & Motility*. 2015;28(1):26-35.
24. Canavan C, West J, and Card T et al. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clinical epidemiology* 2014:6
25. Sibelli A, Chalder T, Everitt H, Workman P, Windgassen S, Moss-Morris R. A systematic review with meta-analysis of the role of anxiety and depression in irritable bowel syndrome onset. *Psychological Medicine*. 2016;46(15):3065-3080.
26. Fond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, Oliveira J et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2014;264(8):651-660.7
27. Lee C, Doo E, Choi J, Jang S, Ryu H, Lee J et al. The Increased Level of Depression and Anxiety in Irritable Bowel Syndrome Patients Compared with Healthy Controls: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2017;23(3):349-362.
28. Patel R, Goyal H, Satodiya R, Tankersley W. Relationship of Cannabis Use Disorder and Irritable Bowel Syndrome (IBS): An Analysis of 6.8 Million Hospitalizations in the United States. *Substance Use & Misuse*. 2019;:1-10.
29. Meyer JH, Ginovart N, Boovariwala A, Sagrati S et al. Elevated monoamine oxidase A levels in the brain. An explanation for the monoamine imbalance of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1209- 1216.
30. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu J-M, Sotnikova TD et al. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar depression. *Neuron* 2005;45:11-16

31. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management., 56 (Gut 2007), pp.1770-1798.
32. Caicedo M, van Gasteren E. Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(3):955-966.
33. Pezo Silva M, Costa Stefanelli M, Komura Hoga L. La familia conviviendo con la depresión: de la incompreensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index de Enfermería*. 2004;13(47).
34. Martín Rodríguez M. El debate sobre la duración de la jornada de trabajo. *FORO Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales, Nueva Época*. 2014;15(2).

## 19. ANEXOS

### 19.1 Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	<b>"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTestino IRRITABLE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 DE LA CIUDAD DE MÉXICO"</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 31, Delegación Sur D.F. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundición y Av. San Lorenzo No. 1771, Colonia El Manto C.P. 9830, Delegación Iztapalapa, Ciudad de México, año 2020
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que el objetivo de éste estudio es saber cuántas personas enfermas de síndrome de intestino irritable atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 tenemos de depresión.
Procedimientos:	Me han explicado que la investigación se llevará a cabo en la UMF 31 del IMSS de la ciudad de México en un tiempo de 3 meses, en personas de 20 a 60 años. Que mi participación consistirá en contestar dos cuestionario para saber si tengo depresión.
Posibles riesgos y molestias:	Me explicaron que no tendré riesgos ni molestias, solo podrían resultar emociones negativas que podrían derivarse de la aplicación del cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios que tendré al participar en el estudio es que podré ser diagnosticado a tiempo y recibir un tratamiento de manera oportuna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se me informarán una vez que termine los cuestionarios y se dará aviso a mi médico familiar para realizar los ajustes correspondientes a mi tratamiento, dependiendo los resultados obtenidos.
Participación o retiro:	Se me ha informado que mi participación es voluntaria y podré retirarme si así lo decido sin repercusión en mi atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Mis datos serán confidenciales, siendo los investigadores los únicos que podrán utilizar nuestros datos para fines educativos y de investigación.

#### Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por \_\_\_\_ años tras lo cual se destruirá la misma.

#### En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Teresa Alvarado Gutiérrez , matrícula 99383047, Médica Familiar , adscripción UMF 31, IMSS, mail: [teresa.alvaradoq@imss.gob.mx](mailto:teresa.alvaradoq@imss.gob.mx), tel:5514799869

Colaboradores: Leonardo Eduardo Domínguez Marrufo, matrícula 97382230, Médico Residente de Medicina Familiar UMF 31, IMSS, mail [lemardomle@hotmail.com](mailto:lemardomle@hotmail.com), tel: 5531359346 ,Juan José Mazón Ramírez Coordinador de la Sub División de Medicina Familiar, UNAM, tel: 5510443465

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º 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: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx)

**Leonardo Eduardo Domínguez Marrufo**

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Datos del participante: Matrícula \_\_\_\_\_ Adscripción \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

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

## 19.2 Hoja de recolección de datos

### “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31”

\* Leonardo Eduardo Domínguez Marrufo. \*\* Teresa Alvarado Gutiérrez. \*\*\*Juan José Mazón Ramírez.

\*Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.

\*\* Enc Coord Clín. De Educ e Inv en Salud. UMF 31 del IMSS

\*\*\* Jefe de la Sub División de Medicina Familiar de la Unidad de Posgrado, UNAM.

HOJA DE DATOS					
* Pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 31.					
* Pacientes con diagnóstico confirmado con Síndrome de Intestino Irritable.					
* Pacientes de ambos sexos con un intervalo de edad de 20 a 60 años.					
* Pacientes que acepten participar en el estudio y concluir con el estudio.					
* Pacientes con antecedentes de haber sido sometidos a múltiples estudios de laboratorio y gabinete descartando alguna otra patología					
1	FOLIO _____				_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____				_ _ _ _
3	Nombre: _____		Apellido Paterno		Apellido Materno
	Nombre (s)				
4	NSS: _____		5	Teléfono _____	
				_ _ _ _	
6	Turno: 1.Matutino ( ) 2.Vespertino ( )				_
7	Número de Consultorio: (____)				_
8	Edad: _____ años cumplidos		9	Sexo: 1.-Masculino ( ) 2.- Femenino ( )	
				_ _ _ / _	
10	ESTADO CIVIL 1.Soltero ( ) 2.Casado ( ) 3.Divorciado ( ) 4.Viudo(a) ( ) 5.Unión libre ( )				_
11	ESCOLARIDAD 1.-Primaria incompleta ( ) 2.-Primaria completa ( ) 3.- Secundaria ( ) 4.- Preparatoria ( ) 5.-Licenciatura ( ) 6.-Posgrado ( )				_
12	PESO: _____kgs	13	TALLA _____cms	14	IMC peso/talla <sup>2</sup> _____
					_ _ _ _   _ _ _ _   _ _
15					_
16					_
17	¿ACTUALMENTE SE ENCUENTRA LABORANDO? Comerciante (1) / Profesionista (2) / Trabajador por contrato (3) / Desempleado (4) / Labores del hogar (5) / Estudiante (6) / Jubilado (7)				_
18	¿CUANTAS HORAS LABORA? _____				_ _lhr  _ _ _lmin
19	REALIZACIÓN PROFESIONAL O LABORAL				_ _ _

20	<b>EXISTE BUENA COMUNICACIÓN FAMILIAR</b> 1= SI ( ) 2= NO ( )	<input type="checkbox"/>
21	<b>DUERME BIEN</b> 1.-SI ( ) 2.- NO ( )	<input type="checkbox"/>
22	<b>TOXICOMANIAS 1. SI ( ) 2, NO ( )</b> ¿ <b>CUAL(ES)?</b> Cigarro (1) / Alcohol (2) / Marihuana (3) / Cocaína (4) / Solventes (5) / otro (6)	<input type="checkbox"/>
23	<b>ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE DEPRESIÓN 1. SI ( ) 2, NO ( )</b>	<input type="checkbox"/>
24	<b>PATOLOGIAS CRÓNICO DEGENERATIVAS 1. SI ( ) 2. NO ( )</b> ¿ <b>CUALES?</b> Diabetes (1) / Hipertensión (2) / Nefropatías (3) / EPOC (4) / Otra (5)	<input type="checkbox"/>
25	<b>CRITERIOS DE ROMA III</b> <b>PRESNTÓ DOLOR O MALESTAR RECURRENTE DURANTE POR LO MENOS 3 DÍAS AL MES Y EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES ASOCIADO A 2 O MÁS DE LO SIGUIENTE</b>	<input type="checkbox"/>
	1. MEJORÍA DE SÍNTOMAS AL EVACUAR EL INTESTINO 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>
	2. INICIO ASOCIADO CON UN CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE LAS EVACUACIONES 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>
26	3. INICIA ASOCIADO CON UN CAMBIO EN LA FORMA (APARIENCIA) DE LAS EVACUACIONES 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>
	<b>CRITERIOS DE MANING</b> <b>DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES HA PRESENTADO:</b>	<input type="checkbox"/>
	1. COMIENZO DEL DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A CAMBIOS DEL HÁBITO INTESTINAL, (MÁS FRECUENTE DE LA HABITUAL) O DE LA CONSISTENCIA DE LAS HECES (MÁS BLANDAS O SUELTAS DE LO NORMAL). 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>
	2. EL DOLOR SE ALIVIA CON LA DEFECACIÓN 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>
	3. HINCHAZÓN O DISTENSIÓN ABDOMINAL (SUBJETIVA U OBJETIVA) 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>
4. MUCORREA 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>	
5. MÁS DEL 25% DE LAS DEPOSICIONES SE ASOCIAN CON SENSACIÓN DE ALIVIO 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>	
27	<b>ESCALA DE DSM-V</b> CONTAR MÍNIMO CON 4 DE 9 DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, QUE HAN ESTADO PRESENTES EN EL LAPSO DE DOS SEMANAS PREVIAS REPRESENTANDO UN CAMBIO RESPECTO AL FUNCIONAMIENTO PREVIO Y POR LO MENOS UNO DE ESOS SÍNTOMAS ES:	<input type="checkbox"/>
	1. HUMOR DEPRESIVO CASI TODO EL DÍA CASI A DIARIO, POR REPORTE OBJETIVO (MES SIEN TO TRISTE, VACÍO). DESESPERANZADO, O POR REPORTE SUBJETIVO (SE VE TRISTE).NOTA.- EN NIÑOS O ADOLESCENTES PUEDE SER HUMOR IRRITABLE. 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>
	2. MARCADA DISMINUCIÓN EN EL INTERÉS Y EN LA CAPACIDAD DE SENTIR PLACER EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS. 1. SI ( ) 2. NO ( )	<input type="checkbox"/>
	3. PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO SIN REALIZAR DIETA DEL 5% O	<input type="checkbox"/>

	<p>AUMENTO O DISMINUCIÓN DEL APETITO CASI A DIARIO (EN NIÑOS: FRACASO DE AUMENTAR EL PESO ESTABLECIDO PARA LA EDAD). 1. SI ( ) 2. NO ( )</p> <p>4. INSOMNIO O HIPERINSOMNIA CASI A DIARIO. 1. SI ( ) 2. NO ( )</p> <p>5. FATIGA O PÉRDIDA DE ENERGÍA CASI A DIARIO. 1. SI ( ) 2. NO ( )</p> <p>6. AGITACIÓN O RETRASO PSICOMOTRIZ CASI A DIARIO Y OBSERVADO POR OTROS. 1. SI ( ) 2. NO ( )</p> <p>7. SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD Y CULPA CASI A DIARIO LOS CUALES PUEDEN SER DELIRANTES. 1. SI ( ) 2. NO ( )</p> <p>8. INDECISIÓN, DISMINUCIÓN EN LA HABILIDAD DE PENSAR Y CONCENTRARSE. 1. SI ( ) 2. NO ( )</p> <p>9. PENSAMIENTOS RECURRENTES DE: MUERTE, IDEACIÓN SUICIDA SIN PLANEACIÓN, O INTENTO SUICIDA PLANEADO. 1. SI ( ) 2. NO ( )</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	---	---

## 19.3 Instrumentos

### 19.3.1 Criterios de ROMA III

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31”**

*\*Leonardo Eduardo Domínguez Marrufo, \*\*Teresa Alvarado Gutiérrez, \*\*\*Juan José Mazón Ramírez.*

*\*Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.*

*\*\* Enc Coord Clín. De Educ e Inv en Salud. UMF 31 del IMSS*

*\*\*\* Jefe de la Sub División de Medicina Familiar de la Unidad de Posgrado, UNAM.*

Presentó dolor o malestar 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 EL INTESTINO  
**1. SI ( ) 2. NO ( )**
  
2. INICIO ASOCIADO CON UN CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE LAS EVACUACIONES  
**1. SI ( ) 2. NO ( )**
  
3. INICIA ASOCIADO CON UN CAMBIO EN LA FORMA (APARIENCIA) DE LAS EVACUACIONES  
**1. SI ( ) 2. NO ( )**

### 19.3.2 Criterios de Maning

#### **“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31”**

*\*Leonardo Eduardo Domínguez Marrufo, \*\*Teresa Alvarado Gutiérrez, \*\*\*Juan José Mazón Ramírez.*

*\*Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.*

*\*\* Enc Coord Clín. De Educ e Inv en Salud. UMF 31 del IMSS*

*\*\*\* Jefe de la Sub División de Medicina Familiar de la Unidad de Posgrado, UNAM.*

Durante los últimos 6 meses ha presentado:

1. Comienzo del dolor abdominal asociado a cambios en el hábito intestinal, (más frecuente de lo habitual) o de la consistencia de las heces (más blandas o sueltas de lo normal).  
**1. SI ( ) 2. NO ( )**
  
2. El dolor se alivia con la defecación.  
**1. SI ( ) 2. NO ( )**
  
3. Hinchazón o distensión abdominal (subjetiva u objetiva)  
**1. SI ( ) 2. NO ( )**
  
4. Mucorrea.  
**1. SI ( ) 2. NO ( )**
  
5. Más del 25% de las deposiciones se asocian con sensación de alivio  
**1. SI ( ) 2. NO ( )**

### 19.3.3 Escala de DSM-V

#### **“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31”**

*\*Leonardo Eduardo Domínguez Marrufo, \*\*Teresa Alvarado Gutiérrez, \*\*\*Juan José Mazón Ramírez.*

*\*Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.*

*\*\* Enc Coord Clín. De Educ e Inv en Salud. UMF 31 del IMSS*

*\*\*\* Jefe de la Sub División de Medicina Familiar de la Unidad de Posgrado, UNAM.*

Contar mínimo con 4 de 9 de los siguientes síntomas, que han estado presentes en el lapso de dos semanas previas representando un cambio respecto al funcionamiento previo y por lo menos uno de esos síntomas es:

Si o No

	Si	No
1.- Humor depresivo casi todo el día casi a diario, por reporte objetivo (mes siento triste, vacío). Desesperanzado, o por reporte subjetivo (se ve triste).NOTA.- En niños o adolescentes puede ser humor irritable.		
2.- Marcada disminución en el interés y en la capacidad de sentir placer en las actividades diarias.		
3.- Pérdida o aumento de peso sin realizar dieta del 5% o aumento o disminución del apetito casi a diario (en niños: fracaso de aumentar el peso establecido para la edad).		
4.- Insomnio o hiperinsomnia casi a diario.		
5.- Fatiga o pérdida de energía casia a diario.		
6.- Agitación o retraso psicomotriz casi a diario y observado por otros.		
7.- Sentimientos de inutilidad y culpa casi a diario los cuales pueden ser delirantes.		
8.- Indecisión, disminución en la habilidad de pensar y concentrarse.		
9.- Pensamientos recurrentes de: muerte, ideación suicida sin planeación, o intento suicida planeado.		