

**“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y NIVEL
DE ESTRES DE LOS PACIENTES CON
SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE
ADSCRITOS A LA UMF 66”**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:
DRA: ABIGAIL ARGENTINA
BARRIENTOS VERA**

**INSTITUCIÓN DE ADSCRIPCIÓN:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 66**

**ASESOR:
DRA. NORA LUZ VAZQUEZ AZUARA**

ANTECEDENTES

El Síndrome de Intestino Irritable es un Trastorno Funcional Digestivo caracterizado por la presencia de dolor o molestia abdominal asociado a cambios en la frecuencia y/o consistencia de las deposiciones. Como tal trastorno funcional, se asume que el paciente con un SII no presenta ninguna alteración bioquímica o estructural que pueda justificar la naturaleza de los síntomas. A lo largo del tiempo, se han propuesto diversos criterios que permitiesen establecer un diagnóstico positivo basado en la presencia de síntomas, evitando con ello pruebas superfluas. El hecho de que algunos de estos síntomas sean compartidos por numerosas dolencias orgánicas, explica la dificultad para establecer un consenso a la hora de establecer qué síntoma o combinación de síntomas gozan de un mayor valor predictivo positivo, sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. (1, 2, 3-7)

La historia de este síndrome se remonta al siglo XIX, siendo la primera descripción científica la realizada por el inglés W. Grant Thompson en 1818; en ella ya se hacía mención a los tres aspectos clínicos fundamentales del síndrome: el dolor abdominal, las alteraciones del hábito defecatorio y la flatulencia. A partir de esta fecha, numerosas comunicaciones se han sucedido, como las de Howship (1830), que introducía el concepto de “espasmo colónico”, Cumming (1849), Osler (1892), Hurst (1921), que menciona la “colitis mucosa” y posteriormente Bockus (1928), con la “colitis mucosa neurogénica”. En 1966, Jordan y Kiefer, introducían por primera vez el término “colon irritable”, a continuación Chaudhary y Troulove lo denominaron “Síndrome de colon irritable” y finalmente Delor y cols. Establecieron el término de “Síndrome de intestino irritable”. En la actualidad, el SII se define como la combinación de malestar o dolor abdominal y alteraciones en el hábito defecatorio (en número o consistencia) sin causa orgánica conocida. Esta descripción fue establecida en 1999 por Tompson y cols. (2,3,5, 6-8)

La prevalencia del síndrome de intestino irritable (SII) es muy elevada, lo que comporta una gran repercusión sanitaria, social y económica. El número de consultas médicas, de pruebas diagnósticas (en este caso no diagnósticas) y de prescripciones terapéuticas es muy grande, con el consiguiente gasto de recursos. El SII supone, además, una de las primeras causas de absentismo laboral. Por otra parte, si bien el SII no pone en riesgo la vida del paciente sí condiciona de forma considerable la calidad de ésta. Se han publicado diversos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del SII y se ha hallado que ésta oscila entre 5% y 20%, dependiendo de la población estudiada y de los criterios diagnósticos empleados. En cualquier caso, el SII está presente en todos los países y constituye una causa importante de frecuentación médica. Desde hace mucho tiempo se ha dicho que sólo la tercera parte de los sujetos con SII buscaban atención médica. Aunque estos datos procedían de investigaciones en Estados Unidos de América (EUA), los obtenidos en la población española demuestran que más de las dos terceras partes de personas con SII acuden al médico. Los motivos por los que unas personas buscan asistencia sanitaria y otras no lo hacen no están del todo claros. Algunos estudios parecen indicar que la razón fundamental es la intensidad de las molestias, mientras que según otros los factores psicosociales son los determinantes. Otro de los factores que sin duda influye en la decisión de consultar al médico es la facilidad de acceso y gratuidad del sistema sanitario en el que se encuentra el paciente. Así, en España el 58% de los sujetos con SII con estreñimiento y el 67% de SII con diarrea buscan atención sanitaria. Un estudio, por ejemplo, encontró que únicamente el 31% de los pacientes con SII diagnosticados por criterios de Roma II, cumplían los criterios de Roma III para el mismo diagnóstico. El 70% restante padecían otro tipo de trastornos funcionales digestivos (TFD) incluyendo estreñimiento o diarrea funcional o hinchazón funcional. Otras variables que influyen en la prevalencia incluyen la edad, el sexo, la procedencia geográfica y la población que es objeto de estudio (población general o población que consulta con el médico). Así, la prevalencia de SII estimada en los países occidentales oscila entre el 10-18%, mientras que en Asia se cifra entre un 1-9%. La prevalencia encontrada en España es del 7,8%. Un aspecto notable es que la relación mujer/hombre observada en el mundo

occidental (2:1) no se ha constatado en los países asiáticos. Por otro lado, el SII es más prevalente en edades más jóvenes, aunque se ha descrito un segundo pico de incidencia en edades avanzadas. Talley *et al.*, encontraron una prevalencia de SII del 8% entre los pacientes con edades comprendidas entre 65 y 75 años, elevándose hasta el 12% entre las personas de más de 85 años. Indudablemente estas cifras son diferentes entre la población de personas que consultan al médico. De hecho, el SII explica el 10-15% de las consultas de atención primaria y entre el 25-30% de los pacientes derivados a las consultas de gastroenterología. (1,3-5)

El SII es uno de los desórdenes gastrointestinales más frecuentes y representa de 20 a 50% de las remisiones al gastroenterólogo (1-4). Aunque afecta de 10 a 20% de la población general, solamente 20% busca atención médica; predomina en las clases bajas y la relación mujer: hombre es de 2:1, con mayor incidencia en la raza blanca. La edad de hombres y mujeres en la población general oscila entre 35 y 50 años con un rango entre 20 y 60 años.

Los síntomas suelen empezar antes de los 35 años en la mitad de los pacientes. Las alteraciones del hábito intestinal suelen empezar desde la adolescencia o en la edad adulta temprana y cada paciente desarrolla un patrón característico que en la mayoría de los casos consiste en períodos alternantes de estreñimiento (menos de tres deposiciones por semana, asociado a síntomas subjetivos como la dificultad para la evacuación y sensación dolorosa) y diarrea. Esta última usualmente consiste en evacuación de pequeños volúmenes de materia fecal, frecuentemente precedida por urgencia extrema o por tenesmo y ocurre típicamente en la mañana, luego de los alimentos, relacionándose con la cantidad más que con el tipo; algunas veces es explosiva y consiste en una mezcla de gas y líquido. La deposición inicial puede ser normal en consistencia, seguida rápidamente de una deposición blanda y posteriormente de un mayor número de ellas que a su vez alivian el dolor.

Otros síntomas gastrointestinales que se asocian al SII son la dispepsia, la pirosis, las náuseas y el vómito, los cuales aparecen en una cuarta parte a la mitad de los pacientes.

La presencia de numerosos síntomas extraintestinales forman parte del cortejo de esta entidad, que dificultan u opacan con frecuencia el diagnóstico; por ejemplo, la dismenorrea ha sido anotada en 90% de las pacientes, el aumento de la frecuencia urinaria en 65% y la dispareunia en una tercera parte. La cefalea de tipo migrañoso puede ocurrir con mayor frecuencia. (5,7,15)

Con el objetivo de buscar un diagnóstico positivo del SII, y que no se trate solamente de un diagnóstico de exclusión, se han descrito diversos criterios que agrupan diferentes síntomas considerados como fundamentales. Esta aproximación al diagnóstico no es nueva de la patología digestiva ya que ha sido utilizada con mucha frecuencia tanto para enfermedades reumatológicas como para trastornos psiquiátricos. En el caso del SII gran parte del mérito se debe a Manning y colaboradores quienes en 1978 publicaron los primeros criterios. Posteriormente, en 1992, se establecieron unos más precisos, los llamados "criterios de Roma", que inicialmente incluían síntomas de posible estreñimiento, y no sólo de diarrea como ocurría con los de Manning. Estos criterios de Roma fueron modificados y se añadió la duración mínima de los síntomas de tres meses. Con el tiempo, en 1999, un grupo de expertos consideró que era preciso acotar más la temporalidad del síndrome para establecer el diagnóstico y decidieron que los síntomas debían haber estado presentes al menos durante 12 semanas (no necesariamente consecutivas) durante los últimos 12 meses; nacieron así los "criterios de Roma II". En la actualidad, desde 2006, el diagnóstico clínico del SII debe seguir los "criterios de Roma III" en los que tan sólo se necesita tener molestias tres días al mes en los últimos tres meses, aunque con inicio de los síntomas cuando menos seis meses antes. Probablemente los criterios de Roma son importantes (e inexcusables) a la hora de incluir pacientes en estudios de investigación.

Los criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable de acuerdo a ROMA III son:

Dolor o molestia* abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses, asociado a dos o más de los siguientes:

1. Mejora con la defecación.
2. Comienzo asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
3. Comienzo asociado con un cambio en la consistencia de las deposiciones.

Los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

* Como molestia se entiende una sensación desagradable que no se describe como dolor (2,3,5,)

Se conoce que los pacientes con SII tienen una pobre calidad de vida asociada con la salud (HRQOL), ya que esta patología interfiere con las actividades cotidianas y la dieta, desencadenando una preocupación constante por el estado de salud. En general, se reporta un mayor impacto de la HRQOL entre aquellos sujetos con SII que buscan en comparación con aquellos que no buscan atención médica. Asimismo, dicha calidad de vida parece mejorar en relación con la mejoría en la gravedad de los síntomas y las actividades diarias después de recibir tratamiento psicológico y/o antidepresivo.

En cuanto a la mayor frecuencia de asociación de la depresión con el predominio de diarrea, ésta puede estar en relación con el hecho de que estos pacientes a diferencia de aquellos con estreñimiento, viven su vida con la preocupación de tener un excusado cerca, lo cual probablemente les desencadena alteraciones psicológicas. Más aún, la irregularidad del hábito intestinal, es uno de los síntomas típicos más frecuentemente reportados por los pacientes con depresión. En apoyo a lo anterior, en un estudio reciente hemos demostrado que los pacientes con SII-D son los que presentan mayor limitación en sus actividades diarias.

Aunque este síndrome puede aparecer en cualquier persona independientemente de si es hombre o mujer, la gran mayoría de estudios ha constatado una mayor prevalencia en el género femenino (el doble). Sin embargo, ninguna investigación había explicado la causa de esta diferencia. Un equipo del grupo de investigación en Fisiología y Fisiopatología Digestiva del Institut de Recerca del Hospital Vall d'Hebron, de Barcelona, afirma que el exceso de estrés que afecta a las mujeres en la sociedad actual podría ser el desencadenante que altera el correcto equilibrio fisiológico del intestino.

Aunque experiencias estresantes producen síntomas gastrointestinales en muchos individuos, los pacientes con SII son particularmente susceptibles. Los estudios de los efectos de los eventos estresantes sobre pacientes con SII sugieren que son más frecuentes en pacientes con SII en comparación con otros grupos de pacientes o controles sanos; además en ellos, el estrés está fuertemente asociado con el inicio y la severidad de los síntomas. Aunque los efectos del estrés sobre la función intestinal son universales, pacientes con SII parecen tener una mayor reactividad a estrés. (12)

En septiembre del 2009 se publica un trabajo de Rivas A y colaboradores acerca de la prevalencia del SII y su relación con el estrés laboral en médicos especialistas con este diagnóstico, donde se reporta una prevalencia del SII en médicos especialistas, según Roma III, de 37,3% (77,5% femeninos y 22,5% masculinos), de los cuales el 67,7% presentaron estrés laboral, lo cual sugiere el estrés en los médicos estudiados, podría constituir uno de los factores principales que ponen en marcha los eventos fisiopatológicos el cortejo sintomático del SII.(12)

Es innegable que nosotros, los profesionales de salud, estamos sometidos a estrés crónico laboral y por tanto tenemos riesgo elevado de padecer enfermedades asociadas al estrés, como el SII, por tanto, el éxito en el manejo del mismo parece ser la clave para evitar la aparición de muchas enfermedades asociadas. (12)

Como está escrito en el estudio publicado en el Journal of Physiology and Pharmacology: El estrés, que se define como una amenaza grave a la homeostasis, muestra tener efectos tanto a corto plazo como a largo plazo sobre las funciones del aparato digestivo. Los principales efectos que tiene el estrés sobre la fisiología del intestino incluye: Alteraciones en la motilidad gastrointestinal, aumento en la percepción visceral, cambios en la secreción gastrointestinal, efectos negativos en la capacidad regenerativa de la mucosa gastrointestinal y el flujo sanguíneo de la mucosa y efectos negativos sobre la microflora intestinal.

Los mastocitos (MC) son importantes efectores del eje cerebro-intestino, que traducen las señales de estrés en la liberación de una amplia variedad de neurotransmisores y citoquinas proinflamatorias, que podrían afectar profundamente la psicología gastrointestinal.

Como lo explican investigadores de Harvard: La psicología se combina con los factores físicos para causar dolor y otros síntomas intestinales. Los factores psicosociales influyen en la fisiología real de su intestino, así como en los síntomas. En otras palabras, el estrés (o depresión u otros factores psicológicos) pueden afectar el movimiento y contracciones de las vías de su tracto gastrointestinal (GI), provocando inflamación o haciéndolo más susceptible a infecciones. Mientras el estrés puede provocar problemas intestinales, los problemas intestinales también pueden provocar problemas emocionales. Los investigadores de Harvard continúan: Esta conexión va en ambos sentidos. Un intestino con problemas puede mandar señales al cerebro, así como un cerebro con problemas puede mandar señales al intestino. Por lo tanto, el estómago de una persona o el malestar intestinal puede ser la causa o el producto de ansiedad, estrés o depresión. Eso se debe a que el cerebro y el sistema gastrointestinal están íntimamente conectados- tan íntimamente que en realidad deberían de ser vistos como un solo sistema. (10,11)

Existe evidencia suficiente para recomendar el uso de los antiespasmódicos (solos o en combinación) y los antidepresivos tricíclicos para el control del dolor. Los laxantes son útiles en el tratamiento del estreñimiento crónico, pero existe poca evidencia en relación con el SII. Los antidiarreicos y antiflatulentos, si bien son muy utilizados, carecen de suficiente evidencia que respalde su uso. La administración de un antibiótico no absorbible (rifaximina) es eficaz en un subgrupo de pacientes con SII. Los serotoninérgicos han demostrado ser eficaces para aliviar los síntomas del SII, pero son medicamentos que requieren empleo precavido. Existen estudios que demuestran que los probióticos mejoran algunos síntomas del SII. Existe evidencia científica que sustenta el uso de un antibiótico no absorbible, la rifaximina, en un subgrupo de pacientes que sufren SII. De forma específica, los sujetos que no han cumplido las terapias previas y cuyos síntomas predominantes son distensión abdominal y evacuaciones líquidas son los que se benefician más de este fármaco, Aunque la evidencia es sólida en términos científicos, se necesitan más estudios al respecto para recomendar su uso definitivo. (9, 16)

JUSTIFICACION

Cada vez se presenta con más frecuencia en nuestro país el síndrome de intestino irritable a través de desencadenantes como factores familiares, laborales, emocionales y malos hábitos dietéticos así como su exacerbación o agudización; se ve más frecuente sobre todo, en familias desintegradas o monoparentales. Últimamente por las situaciones estresantes de nuestro país y la mala situación económica que existe y todo lo que conlleva, las personas presentan con más frecuencia SII y en ocasiones no es diagnosticado adecuadamente; esto en ocasiones, debido a que el médico no se basa en los criterios adecuados, favoreciendo un mal manejo terapéutico que puede llevar a exacerbaciones, recaídas o complicaciones del mismo. Por otro lado está comprobado que el síndrome de intestino irritable se presenta con más frecuencia en personas que padecen de ansiedad y/o depresión ya sea por problemas laborales, económicos o familiares, dichos pacientes los cuales pasan desapercibidos muchas veces solo se limitan a ir a consulta por un tratamiento paliativo finalmente porque su problema de fondo no es detectado, no hay buena comunicación médico paciente, por lo que su sintomatología permanece hasta llegar a complicarse. Por ello es importante realizar este estudio no solo para identificar correctamente un Síndrome de Intestino irritable si no para tratarlo adecuadamente tanto farmacológica como psicológicamente ya que de nada serviría los mejores y últimos tratamientos si el problema de fondo no se ha identificado ni tratado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las Características Familiares y nivel de estrés de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable Adscritos a la UMF 66?

HIPOTESIS:

Las características familiares que presentan los pacientes con síndrome de intestino irritable principalmente serían de acuerdo a la composición, en familias extensas, compuestas, monoparentales y modernas. En cuanto a la demografía se presentaría más en la urbana, en cuanto a la integración se piensa que se presenta con más frecuencia en familias desintegradas y en cuanto a la ocupación en profesionistas. A su vez Los pacientes que presentan Síndrome de Intestino Irritable, podrían contar hasta con un puntaje de 300 ó más en la escala del estrés de Holmes y Rahe y con un Índice de Pobreza Familiar Alto.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las Características Familiares y nivel de estrés de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable Adscritos a la UMF 66 de Abril 2013 a Octubre 2015

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar a los pacientes por grupo de edad y género
- Identificar características sociodemográficas de los pacientes
- Identificar a los Pacientes con Síndrome de Intestino Irritable
- Determinar las características clínicas de Síndrome de Intestino Irritable de los pacientes
- Identificar la Tipología Familiar de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable
- Identificar el nivel de estrés emocional por medio de la escala de Holmes
- Identificar el índice de pobreza de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Encuesta Descriptiva Prospectiva

Lugar: Unidad de medicina familiar número 66 con sede en la ciudad de Xalapa, Ver.

Tiempo: Abril 2013 a Octubre 2015

Población: Pacientes adscritos a la UMF 66 de la consulta de medicina familiar

Muestra: Mediante el enfoque de un muestreo no probabilístico denominado “muestreo intencional” el cual se basa en obtener una representatividad de la población, consultando a los sujetos de análisis que se encuentran con relativa facilidad, se seleccionarán un mínimo de 200 pacientes que se encuentren en la sala de espera ya sea del turno matutino o vespertino que cumplan los criterios de inclusión previamente establecidos.

Análisis Estadístico: Para el análisis estadístico de la información se diseñara una base de datos en el software Excel versión 10.0 la cual se validara y codificara evitando así todo tipo de error de captura, para describir las características familiares y evaluar el nivel de estrés de los pacientes que formen parte del estudio se realizaran gráficos de histograma para las variables cuantitativas tales como edad, gráficos circulares para variables con menos de 3 categorías tales como el género, SII, dolor abdominal, frecuencia de evacuaciones, etc. Gráficos comparativos de cajas y alambres para determinar el grupo de pacientes que califica con mayor riesgo de enfermar en el nivel de estrés. De la misma forma se exportara esta base de datos al software minitab versión 14.0 donde realizaran tablas de doble entrada con la prueba ji-cuadrada para determinar si existe relación entre el género y el SII, o bien alguna otra característica cualitativa con el SII. Por último se realizaran gráficos de correspondencia múltiple para identificar de manera grupal las características asociadas al SII.

CRITERIOS DE SELECCIÓN O SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes adscritos a la UMF 66
- Pacientes de sexo masculino y femenino
- Pacientes entre 15 y 50 años de edad
- Pacientes que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con hipoacusia
- Pacientes con déficit neurológico
- Pacientes con algún trastorno mental
- Pacientes con alguna alteración del lenguaje

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no cumplan con los Criterios de Roma III
- Pacientes con enfermedades oncológicas
- Pacientes con resección intestinal
- Pacientes en tratamiento con ansiolíticos
- Pacientes en tratamiento psiquiátrico

Descripción general del estudio: Este estudio se tratará de un diseño de Encuesta Descriptiva Prospectiva donde se aplicarán cuestionarios a los pacientes que se encuentren tanto en la sala de espera como los que acaban de salir de su consulta de medicina familiar ya sea del turno matutino o vespertino, primeramente nos presentaremos con el paciente y le pediremos su autorización por escrito por medio del consentimiento informado para responder a una entrevista realizada por el investigador principal, que incluye una serie de preguntas que son encaminadas para identificar a los pacientes con Síndrome de intestino irritable por medio de los criterios de Roma III.

Por otro lado también responderán preguntas para saber si tienen o no algún problema familiar o laboral para identificar estrés, (por medio del test de Holmes). A su vez investigaremos el nivel de pobreza que tengan los pacientes por medio de su respuesta según las percepciones mensuales de cada familia, y obtendremos la tipología familiar según vayan contestando como es su familia en cuanto al número de integrantes, medios de subsistencia, integración familiar etc. Una vez obtenidas las respuestas se codificarán y se trasladarán a una base de datos para posteriormente realizar las mediciones y cálculos pertinentes, para finalmente sacar nuestras conclusiones.

VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo a la fecha	Por medio del cálculo de la edad a través de la credencial de elector o por medio de su tarjeta de citas IMSS.		Razón
Género	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Por medio de la letra que aparece en el agregado del número de afiliación	Masculino Femenino	Nominal
Estado Civil	Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto	Por medio de respuesta a la entrevista.	Soltero Casado Divorciado Viudo	Nominal
Escolaridad	Nivel o grado de estudios que tiene una persona.	Por medio de respuesta a la entrevista.	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Universidad	Nominal

			Profesionista Posgrado	
Sx Intestino Irritable	Conjunto de signos y síntomas que caracterizan a la inflamación aguda o crónica del colon.	En base a los criterios de Roma III se realizará una entrevista para saber si los signos o síntomas del paciente son compatibles con SII	CON Dx de SII SIN Dx de SII	Nominal
Dolor abdominal	Sensación de molestia tipo dolor en la región abdominal en este caso secundario a la ingesta de alimentos grasosos, condimentados, embutidos, irritantes, picosos o flatulentos.	En respuesta a los Criterios de Roma III.	SI NO	Nominal
Frecuencia de evacuaciones	Variación del número de veces en que se presentan evacuaciones	En respuesta a los Criterios de Roma III.	ESTREÑIMIENTO DIARREA AMBAS	Nominal
Apariencia de evacuaciones	Formas o características físicas de las evacuaciones	Por medio de la identificación de las formas de las heces a través de la escala de heces de Bristol	Tipo 1,2,3,4,5,6 y7	Ordinal
Alteraciones en el hábito deposicional	Características anormales durante las evacuaciones tales como: esfuerzo, urgencia o evacuaciones incompletas	En respuesta a los Criterios de Roma III.	SI NO	Nominal
Meteorismo abdominal	Distensión abdominal caracterizada por aumento del gas intrabdominal	En respuesta a los Criterios de Roma III.	SI NO	Nominal

Defecación con moco	Evacuaciones con secreción espesa mucosa.	En respuesta a los Criterios de Roma III.	SI NO	Nominal
Síntomas que empeoran con la alimentación	Sintomatología de SII que se exagera ante la ingestión de alimentos específicos.	En respuesta a los Criterios de Roma III.	SI NO	Nominal
Estrés emocional	(Del inglés <i>stress</i> , tensión) es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada	Por medio de la Escala de Estrés Holmes y Rahe	Puntuación: 300 +: En riesgo de enfermedad. 150 a 299 +: Riesgo de enfermedad moderado. 150 -: Sólo tiene un pequeño riesgo de enfermedad.	ordinal
Pobreza Familiar	situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso a los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable	Por medio del índice simplificado de pobreza familiar	0-3 sin evidencia de pobreza familiar 4- 6 pobreza familiar baja 7- 10 pobreza familiar alta.	ordinal

Tipología Familiar	Categorización de ésta en función de sus miembros presentes, la cuales importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmerso la familia.	Por medio de la contestación del paciente a la entrevista.		NOMINAL
COMPOSICION	Disposición de los distintos elementos que componen a la familia.	Respuesta al cuestionario en base a composición familiar	Nuclear Extensa Compuesta	NOMINAL
DESARROLLO	Crecimiento o progreso de una familia	Respuesta al cuestionario en base a si trabaja o no la madre	Tradicional Moderna	NOMINAL
DEMOGRAFÍA	Es la composición, estado y distribución de la familia.	Respuesta al cuestionario en base al lugar donde viven	Rural Suburbana Urbana	NOMINAL
OCUPACIÓN	Acción y resultado de ocupar y ocuparse	Respuesta al cuestionario en base a la ocupación de los miembros de la familia	Campesino Empleado Profesionista	NOMINAL
INTEGRACIÓN	Acción y efecto de integrar o integrarse.	Respuesta al cuestionario en base a la integración familiar	Integrada Semiintegrada Desintegrada	NOMINAL

RECURSOS

HUMANOS:

- Investigador Principal: Residente de Medicina Familiar : Abigail Argentina Barrientos Vera
- Asesor Metodológico: Dra. Nora Luz Vázquez Azuara
- Asesor Estadístico: Lic. En Estadística: Héctor Guadalupe González Contreras

FÍSICOS:

- Área Física: Sala de espera de la UMF 66
- Formatos de Recolección de Información: Cuestionarios basados en los criterios de Roma III, escala de estrés de Holmes y Rahe, escala de heces de Bristol, escala de Índice de Pobreza Familiar, Cuestionario para clasificar la tipología familiar.
- Papelería, Computadora personal.

FINANCIEROS

- Los necesarios y proporcionados por el Investigador Principal.

ETICA

- De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el artículo 17 Fracción 1 esta investigación se considera sin riesgo ya que no se pondrá en peligro la integridad física y moral del paciente solo contestará un cuestionario de acuerdo a su autorización.
- **ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;
- I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	MAR AGO 2014	SEP OCT NOV DIC 2014	2015
Elaboración De protocolo	X	X	X	x								
Autorización por el comité						x	x	x				
Búsqueda de referencias bibliográficas		X	X	X	X	x	x	x				
Estudios de campo o prueba piloto									X			
Recolección de información										X		
Análisis de resultados											X	
Conclusiones											X	
Redacción del escrito											X	
Presentación												X

NOMBRE Y NSS

1.- EDAD: (ESCRIBIR EDAD) _____ AÑOS

2. GENERO:

1) MASCULINO

2) FEMENINO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

3.- AL MENOS 3 DIAS AL MES DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO:

1) DOLOR O MOLESTIA EN EL ABDOMEN O BAJO VIENTRE 1.- SI

2.- NO








2) DIARREA (EVACUACIONES LIQUIDAS) DE REPENTE O ESTREÑIMIENTO O LAS 2 COSAS

1.- DIARREA

2.- ESTREÑIMIENTO

3.- AMBAS COSAS

3) CAMBIO EN LA FORMA DE LAS EVACUACIONES:

ESCALA DE HECES DE BRISTOL		
Tipo 1	 Trozos duros separados, como avellanas, que pasan con dificultad	1
Tipo 2	 Como una salchicha compuesta de fragmentos	2
Tipo 3	 Forma de salchicha con grietas en la superficie	3
Tipo 4	 Como una salchicha o serpiente, lisa y suave	4
Tipo 5	 Bultos blandos con bordes definidos que pasa con facilidad	5
Tipo 6	 Fragmentos blandos con bordes irregulares y consistencia pastosa	6
Tipo 7	 Acuosa, sin pedazos sólidos. Totalmente líquida	7

4) TIENE SENSACIÓN DE QUE HACE MUCHO ESFUERZO AL EVACUAR, O DE QUE EVACUÓ COMPLETO?

1.- SI 2.- NO

5) SE SIENTE DISTENDIDO O SENSACION DE GAS EN EL ABDOMEN?

1. SI 2. NO

6) LOS SÍNTOMAS ANTERIORES SIENTE QUE EMPEORAN CON LA INGESTA DE ALIMENTOS?

1. SI 2. NO

7) HA NOTADO SI SUS EVACUACIONES TIENEN MOCO ?

1.-SI 2. NO

NIVEL DE ESTRÉS

TABLA | Use la Escala Holmes-Rahe para encontrar su "puntaje de estrés"

Para encontrar su "puntaje de estrés" actual, sume los valores de las situaciones que ha experimentado en el último año. Entre más alto sea el número, más alto es el estrés. Si su puntaje es mayor de 300 puntos, usted estaría en riesgo de desarrollar un problema de salud relacionado con el estrés. Una calificación entre 150 y 299 reduce su riesgo en un 30%, y una calificación menor a 150 significa que usted tiene muy pocas probabilidades de tener un problema de salud.

ACONTECIMIENTO	VALOR	ACONTECIMIENTO	VALOR
Muerte de esposo(a) o compañero(a)	100	Hijo(a) saliendo del hogar	29
Divorcio	73	Problemas con los suegros	29
Separación	65	Logro personal sobresaliente	28
Pena de cárcel	63	Pareja comienza o termina un trabajo	26
Herida personal	53	Inicio o fin de los estudios	26
Matrimonio	50	Cambio en las condiciones de vida	25
Despido del trabajo	47	Revisión de hábitos personales	24
Reconciliación matrimonial	45	Problemas con el jefe	23
Jubilación	45	Cambio en las horas y condiciones de trabajo	20
Cambios en la salud de un miembro de la familia	44	Cambio de residencia	20
Embarazo	40	Cambio de escuela	20
Dificultades sexuales	39	Cambio de hábitos de recreación	19
Adición a la familia	39	Cambio de actividades religiosas	19
Reajuste de negocios	39	Cambio de actividades sociales	18
Cambio en el estado financiero	38	Hipoteca o préstamo menor de \$10.000	17
Muerte de un amigo cercano	37	Cambio de hábitos de sueño	16
Cambio a una línea diferente de trabajo	36	Cambio en el n.º de reuniones familiares	15
Cambio en el número de discusiones matrimoniales	35	Cambio de hábitos alimenticios	15
Hipoteca o préstamo mayor de \$10.000	31	Vacaciones	13
Ejecución de hipotecaria o de un préstamo	30	Navidad	12
Cambio en responsabilidades laborales	29	Violación menor de la ley	11

Fuente: Reimpreso del *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), T.H. Holmes & R.H. Rahe, "La Escala de Clasificación Reajuste Social," 1967, con permiso de Elsevier.

1.-300 +: En riesgo de enfermedad.

2.-150 a 299 +: Riesgo de enfermedad moderado.

3.-150 -: Sólo tiene un pequeño riesgo de enfermedad.

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)

INDICADORES	CATEGORIAS	PUNTUACION
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR Por día	<de \$54.47	4
	De \$54.48 a \$163.40	3
	De \$163.41 a \$272.34	2
	De \$272.35 a \$381.28	1
	De \$381.29 y más	0
NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	3 ó más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	Ningún hijo	0
ESCOLARIDAD MATERNA	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
HACINAMIENTO (Número de personas por dormitorio)	3 ó más personas	1
	1-2 personas	0

- 1.-0-3 sin evidencia de pobreza familiar
- 2.-4- 6 pobreza familiar baja
- 3.-7- 10 pobreza familiar alta.

TIPOLOGÍA FAMILIAR

1.-Composición:

1. NUCLEAR.- esposo + esposa con o sin hijos
2. EXTENSA.- esposos + hijos + familiares
3. COMPUESTA.- esposos + hijos + familiares + otras personas que no sean familia

2.-Desarrollo:

1. TRADICIONAL.- padre es el único proveedor y la madre se queda en el hogar cuidando a los hijos
2. MODERNA.- madre y padre trabajan igual o Madre que trabaja y sostiene a la familia o No hay figura paterna
3. ARCAICA.- familia Campesina

3.-Demografía:

1. URBANA.- población grande y cuenta con todos los servicios: agua, luz, drenaje, gas, teléfono
2. SUBURBANA.-medio rural y medio urbano
3. RURAL.-campo y no cuenta con todos los servicios.

4.-Ocupación:

1. CAMPESINO
2. EMPLEADO
3. PROFESIONISTA

5.-Integración:

1. INTEGRADA.- Los conyugues viven juntos y cumplen sus funciones como padres, esposos, proveedores
2. SEMIINTEGRADA.- conyugues viven juntos pero NO cumplen con sus funciones
3. DESINTEGRADA.-falta uno de los dos papás.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas Rentería S. Síndrome de intestino irritable. *RevMed CMA* 2012;5:35-39
2. Klinger J, Klinger R. Síndrome de intestino irritable. *Rev. Méd* 2001; 129: 5
3. LeonJimenez F, Cubas Benavides F. Características Clínicas del Síndrome de Intestino Irritable en pacientes de dos centros asistenciales. *RevSocPeruMedInt* 2009;22(3):89-94
4. Longstreth, GF. Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC et al. Functionalboweldisorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
5. Mearin F, Perello A, Perona M. Calidad de vida en los pacientes con síndrome de intestino irritable. *GastroenterolHepatol* 2004;27(3):24-31
6. Chey WD. Irritable bowel síndrome. *GastroenterologyClinics*2011;40(1): 1-264.
7. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome, Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, Spiegel BM et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*2009;104:135.
8. Longstreth, GF. Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC et al. Functionalboweldisorders. *Gastroenterology*2006;130:1480-91.
9. Mearin F. Síndrome de intestine irritable. En: Ponce J, Castells T, Gomollón F, Esteve M, Martín de Argila C, Molero X, Vázquez Sequeiros E, eds. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas, 3.ª edición. Elsevier España. Barcelona, 2011:155-66.
10. Harvard Health Beat March 27, 2012
11. *Journal of Physiology and Pharmacology* December 2011; 62(6):591-9.
12. Romero M. Síndrome intestino irritable: Prevalencia y estrés. *Gen.*2009;63(3)
13. Amaya A, Et Al. Prevalencia del síndrome de intestino irritable y factores asociados. *Acta Médica Colombiana*1997; 22(5): 219-224
14. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2002;123:2108- 31
15. Hungin AP, WorwellPj, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40.000subjects. *Aliment PharmacolTher.* 2003;17-643.
16. Fernández-Banares F, Esteve M, Salas A, Alsina M, Farré C, González G, et al. Systematic Evaluation of the Causes of Chronic WateryDiarrhea With Functional Characteristics *Am J Gastroenterol.* 2007;102:1-9.
17. Whitehead WE, Holtkotter B, Enck P, Hoelzl R, Holmes KD, Anthony J, et al. Toleranceforrectosigmoiddistention in irritable bowelsyndrome. *Gastroenterology.* 1990;98:1187-92.
18. Remes Troche JM, Gómez Escudero O, Nogueira de Rojas JR, Carmona Sánchez R, Pérez Manauta J, López-Colombo A, et al. Tratamiento farmacológico del síndrome de intestino irritable: revisión técnica.*RevGastroenterolMex* 2010 ;75:(1) 43-66
19. Gómez R., Guzmán R, Almonte B, Ramírez T, Gómez N,Lebrón M. Prevalencia del Síndrome del Colon Irritable en pacientes de una institución de segundo nivel en el período abril-diciembre de 1997. *Rev Med Dom.*1998;59(1)
20. Córdova PVH, Ibarrola CJL, Hegewisch OME, Argüelles DP y col. Frecuencia del síndrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención médica de la Ciudad de México. *Med Int Mex* 2008;24(2):120-4.
21. Valerio-UreñaJ, Vásquez-FernándezJ, Jiménez-PinedaA, Cortázar-BenítezA, Azamar-JácomeA. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz, México. *Rev Gastroenterol Mex.* 2010;75(1)75:36-41

ANEXOS:

INDICE DE POBREZA FAMILIAR

INDICADORES	CATEGORIAS	PUNTUACION
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR Por día	<de \$54.47	4
	De \$54.48 a \$163.40	3
	De \$163.41 a \$272.34	2
	De \$272.35 a \$381.28	1
	De \$381.29 y más	0
NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	3 ó más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	Ningún hijo	0
ESCOLARIDAD MATERNA	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
HACINAMIENTO (Número de personas por dormitorio)	3 ó más personas	1
	1-2 personas	0

ESCALA DE BRISTOL DE HECES

ESCALA DE HECES DE BRISTOL	
Tipo 1 	Trozos duros separados, como avellanas, que pasan con dificultad
Tipo 2 	Como una salchicha compuesta de fragmentos
Tipo 3 	Forma de salchicha con grietas en la superficie
Tipo 4 	Como una salchicha o serpiente, lisa y suave
Tipo 5 	Bultos blandos con bordes definidos que pasa con facilidad
Tipo 6 	Fragmentos blandos con bordes irregulares y consistencia pastosa
Tipo 7 	Acuosa, sin pedazos sólidos. Totalmente líquida

ESCALA DE ESTRÉS DE HOLMES Y RAHE

TABLA | Use la Escala Holmes-Rahe para encontrar su "puntaje de estrés"

Para encontrar su "puntaje de estrés" actual, sume los valores de las situaciones que ha experimentado en el último año. Entre más alto sea el número, más alto es el estrés. Si su puntaje es mayor de 300 puntos, usted estaría en riesgo de desarrollar un problema de salud relacionado con el estrés. Una calificación entre 150 y 299 reduce su riesgo en un 30%, y una calificación menor a 150 significa que usted tiene muy pocas probabilidades de tener un problema de salud.

ACONTECIMIENTO	VALOR	ACONTECIMIENTO	VALOR
Muerte de esposo(a) o compañero(a)	100	Hija(a) saliendo del hogar	29
Divorcio	73	Problemas con los suegros	29
Separación	65	Logro personal sobresaliente	28
Pena de cárcel	63	Pareja comienza o termina un trabajo	26
Herida personal	53	Inicio o fin de los estudios	26
Matrimonio	50	Cambio en las condiciones de vida	25
Despido del trabajo	47	Revisión de hábitos personales	24
Reconciliación matrimonial	45	Problemas con el jefe	23
Jubilación	45	Cambio en las horas y condiciones de trabajo	20
Cambios en la salud de un miembro de la familia	44	Cambio de residencia	20
Embarazo	40	Cambio de escuela	20
Dificultades sexuales	39	Cambio de hábitos de recreación	19
Adición a la familia	39	Cambio de actividades religiosas	19
Reajuste de negocios	39	Cambio de actividades sociales	18
Cambio en el estado financiero	38	Hipoteca o préstamo menor de \$10.000	17
Muerte de un amigo cercano	37	Cambio de hábitos de sueño	16
Cambio a una línea diferente de trabajo	36	Cambio en el n.º de reuniones familiares	15
Cambio en el número de discusiones matrimoniales	35	Cambio de hábitos alimenticios	15
Hipoteca o préstamo mayor de \$10.000	31	Vacaciones	13
Ejecución de hipotecaria o de un préstamo	30	Navidad	12
Cambio en responsabilidades laborales	29	Violación menor de la ley	11

Fuente: Reimpreso del *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), T.H. Holmes & R.H. Rahe, "La Escala de Clasificación Reajuste Social," 1967, con permiso de Elsevier.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS 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: **CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y NIVEL DE ESTRÉS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ADSCRITOS A LA UMF 66**

Lugar y fecha: **Xalapa, Veracruz, UMF 66 de ABRIL 2013 A OCTUBRE DEL 2015**

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: **Determinar las Características Familiares y nivel de estrés de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable Adscritos a la UMF 66 y de esta manera poder dar tratamiento tanto para el SII como para el problema de trasfondo el cual pudiera tratarse de algo psicológico, familiar, económico o laboral**

Procedimientos: **ENTREVISTA AL PACIENTE**

Posibles riesgos y molestias: **Ninguno**

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: **Obtener un diagnóstico confiable de síndrome de intestino irritable para iniciar así un tratamiento oportuno y adecuado así como conocer las características familiares y el nivel de estrés de estos pacientes, para poder darles un apoyo en el posible problema de trasfondo.**

Privacidad y confidencialidad: **Absoluta**

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): **Se cuenta con medicamento para tratar esta patología.**

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

Investigador Responsable: **Abigail Argentina Barrientos Vera**

Colaboradores:

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