



Universidad del Rosario - Universidad CES
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Facultad de Medicina
Especialización en Epidemiología

**SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN**

BOGOTA COLOMBIA

Luisa Fernada Restrepo Silva

Mary Luz Páez Díaz

Diana Milena Guzmán Acuña

José Yecid Moreno Garcia

Bogotá, Febrero – Marzo de 2011

INVESTIGADORES

LUISA FERNANDA RESTREPO SILVA

Md Cirujano General (Fundación Universitaria Juan N. Corpas)

Estudiante Epidemiología (Universidad del Rosario- CES)

Md. Comité de Investigación Hospital Universitario Clínica San Rafael

Md. Auditora Hospital Universitario Clínica San Rafael

Asesora Científica Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

restrepo.luisa@ur.edu.co

luisarestrepo@gmail.com

DIANA MILENA GUZMAN

Bacterióloga (Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca)

Estudiante Epidemiología (Universidad del Rosario- CES)

Bacterióloga Referencia y Contrarreferencia Clínica Fundadores

Miembro del Comité de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud Clínica Fundadores

guzmana.diana@ur.edu.co

dianamig@gmail.com

JOSE YECID MORENO

Md Cirujano General (Fundación Universitaria Juan N. Corpas)

Estudiante Epidemiología (Universidad del Rosario- CES)

Coordinador Médico, Líder Unidad Funcional Urgencias, Coordinador Comité Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud Clínica Materno Infantil Saludcoop.

Md. Hospitalario servicio Pediatría, Hospital Fontibón.

morenog.jose@ur.edu.co

Yecid_moreno@hotmail.com

MARY LUZ PAEZ DIAZ

Bacterióloga (Pontificia Universidad Javeriana 1991)

Estudiante Epidemiología (Universidad del Rosario- CES)

Coordinadora de Proyectos Fundación Random

Bacterióloga Clínica San Pedro Claver

Bacterióloga Clínica Shaio

maryluzpaez@yahoo.com,

paez.mary@urosario.edu.co

ENTIDADES PARTICIPANTES Y AGRADECIMIENTOS

IPS Cafam

Agradecemos el apoyo incondicional de la Universidad el Rosario, de la Universidad CES y de cada uno de los docentes, quienes nos han transmitido valiosos conocimientos y han generado en cada uno de nosotros el estímulo para continuar con la disciplina de la investigación.

Agradecemos el apoyo de la IPS CAFAM, de sus directivas y grupo de gastroenterología.

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

BOGOTA COLOMBIA

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN

2. INTRODUCCIÓN

Generalidades, Problema y Justificación

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

4. MARCO TEÓRICO

4.1 SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

- Definición, fisiopatogénia y síntomas del síndrome de intestino irritable
- Criterios ROMA: evolución, utilidad y comparación
- Prevalencia del síndrome de intestino irritable
- Tratamiento del síndrome de intestino irritable
- Costos generados por el síndrome de intestino irritable
- Criterios ROMA: evolución, utilidad y comparación

4.2 DEPRESIÓN

- Historia de la depresión
- Definición de depresión
- Cuadro clínico de la depresión

4.3 ANSIEDAD

- Historia de la ansiedad
- Definición de la ansiedad
- Cuadro clínico de la ansiedad

4.4 SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU ASOCIACIÓN A TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OTROS

4.5 DSM IV

4.6 ESCALA ZUNG PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

5. PROPÓSITO

6. OBJETIVOS

- 6.1. Objetivo General
- 6.2. Objetivos Específicos

7. METODOLOGÍA

- 7.1. Diseño
- 7.2. Hipótesis
- 7.3. Población y muestra
- 7.4. Criterios de inclusión
- 7.5. Criterios de exclusión
- 7.6. Variables
- 7.7. Fuentes de información
- 7.8. Técnicas de recolección
- 7.9. Calidad del datos y control de sesgos
- 7.10. Plan de análisis
- 7.11. Métodos estadísticos
- 7.12. Aspectos éticos

8. RESULTADOS

9. DISCUSION

10.RECOMENDACIONES

11.ANEXOS

- 8.1 Tabla operacional de variables
- 8.2 Encuesta

12.BIBLIOGRAFIA

1. RESUMEN

Introducción: El Síndrome de intestino irritable (SII) es de las patologías gastrointestinales más frecuentes a nivel mundial y de difícil manejo y control, con una prevalencia actual del 14% de acuerdo con los criterios ROMA II en Colombia, con tendencia al aumento. Su origen es multifactorial y no se ha logrado establecer un origen común, se ha encontrado asociación entre el SII y la presencia de ansiedad y depresión.

Metodología: Estudio de corte transversal con componente exploratorio de la asociación de ansiedad y depresión con SII; muestra consecutiva de 315 pacientes que se calculó mediante $\text{stat calc epi info}$ tomando una prevalencia del 14%, con un número de pacientes esperados de 1200 al mes. Se seleccionaron los pacientes que asisten a consulta de gastroenterología de la IPS CAFAM entre el 8 y el 29 de noviembre de 2010, se les aplicó la encuesta para medir factores sociodemográficos, establecer diagnóstico de SII mediante criterios Roma III y escala ZUNG para depresión y ansiedad. El análisis estadístico se realizó utilizando los programas SPSS versión 18.0 y EPI INFO versión 3.5.1

Resultados: La prevalencia del SII en los pacientes de la consulta de gastroenterología fue del 23% (n 63), con IC 95% (18%-28%). Se halló una asociación significativa entre el género femenino ($p:0.035$), el grupo de edad de 31 a 55 ($p: 0.043$), y una fuerte asociación entre depresión severa y el síndrome de intestino irritable ($p: 0.08$). No se encontró asociación entre el SII y la ansiedad.

Discusión: Existen factores de riesgo asociados a la presencia SII, como el género, la edad y la depresión severa documentados en la literatura (22). Se observó que la depresión severa está asociada significativamente con el SII, no así la ansiedad en ninguna de sus presentaciones; es necesario realizar estudios posteriores, que contribuyan a verificar la existencia y fuerza de dicha asociación y así aportar mayor evidencia que permita incentivar y fomentar el manejo multidisciplinario de la depresión en los pacientes con SII.

Palabras clave: Síndrome de Intestino Irritable, Ansiedad, Desórdenes de ansiedad, Depresión.

Background: Irritable bowel syndrome (IBS) is the most common gastrointestinal disease worldwide and difficult to manage and control, with a current prevalence of 14% according to Rome II criteria in Colombia, tending to increase. Its origin is multifactorial and a common origin has not been established, association was found between IBS and the presence of anxiety and depression.

Methodology: Cross-sectional study with an exploratory component of the association of anxiety and depression with IBS, consecutive sample of 315 patients was calculated using Epi Info stat calc taking a prevalence of 14%, with an expected number of 1200 patients per month. Patients attending the outpatient gastroenterology service of the PHI (provider of health institution) CAFAM between 8 and 29 November 2010 were selected, the survey was administered to measure demographic factors, to establish a diagnosis of IBS by Rome III criteria and for depression and anxiety the ZUNG scale. Statistical analysis was performed using SPSS version 18.0 and EPI INFO version 3.5.1.

Results: The prevalence of IBS in gastroenterology outpatients service was 23% (n 63) and 95% (18% -28%). We found a significant association between female gender ($p = 0,035$), the age group 31 to 55 ($p = 0.043$), and a strong association between severe depression and irritable bowel syndrome ($p = 0.08$). No association between IBS and anxiety was found.

Discussion: there are some risk factors related to the presence of IBS, such as gender, age and severe depression documented in the literature (22). It was noted that severe depression is significantly associated with IBS, but not anxiety in any way at all, more studies are needed that contribute to verify the existence and the strength of such association and thus provide more evidence to encourage and promote the multidisciplinary management of depression in patients with IBS.

Key words: Irritable Bowel Syndrome, Anxiety, Anxiety Disorders. Depression

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable es un desorden gastrointestinal funcional crónico o recurrente, caracterizado por episodios de dolor o molestia abdominal al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a alteraciones en el hábito intestinal bien sea estreñimiento, diarrea o ambas, durante el mismo periodo y el comienzo de los síntomas en un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico (1). La denominación funcional, implica que los síntomas no son explicados por anormalidades bioquímicas o estructurales, de tal manera que su diagnóstico definitivo implica excluir la existencia de una enfermedad orgánica (2)

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un problema que genera altos costos tanto al sector salud como al sector laboral. Esta patología representa un alto impacto económico en costos directos (relacionados con el sistema de salud, diagnóstico, consultas médicas, tratamiento) e indirectos (ausentismo, disminución en la productividad laboral) (11). En Estados Unidos de Norteamérica se han reportado costos directos de \$1,6 mil millones e indirectos de \$19,2 mil millones de dólares anuales (18). En Latinoamérica existen pocos estudios que evalúen el impacto económico del SII y en Colombia no se encuentran.

El SII tiene una alta prevalencia pero existen importantes diferencias en los datos publicados; estas diferencias se deben principalmente a las distintas muestras evaluadas y a varios criterios diagnósticos empleados. En Estados Unidos por ejemplo, la prevalencia es del 17-20% mientras que en Europa, empleando los mismos criterios, varía de unos países a otros: en el Reino Unido se sitúa entre el 17 y el 22%, en Italia en el 9%, y en Suecia en el 13%. En Australia la prevalencia de SII es del 13% mientras que en Asia, en un estudio realizado en Bangladesh, alcanza casi el 33%. La prevalencia en España, país donde se ha investigado ampliamente este desorden es de aproximadamente un 10%. (7)

En cuanto a la presencia de ansiedad y depresión con respecto al género, los investigadores encontraron mayor proporción en las mujeres en una relación 4:1 (13)

Finalmente, teniendo en cuenta los criterios de Roma II, la prevalencia del SII en Estados Unidos es del 5%, en Canadá del 12%, en Australia del 7%, en Palestina del 5%, España del 3.3% y Colombia entre el 9 y el 18% (12). En nuestro país los estudios epidemiológicos son escasos, entre los que se encuentra un estudio del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, observándose una prevalencia de 14% de 7.000 consulta de gastroenterología realizadas por año (14).

Algunos estudios realizados en países como Israel y Japón, demuestran que la prevalencia con criterios ROMA III es mayor, comparada con la prevalencia establecida con criterios ROMA II (9)

Se ha comprobado que la coexistencia de síntomas psiquiátricos y síntomas gastrointestinales se presentan hasta en 80%, aunque no predomina ningún diagnóstico en particular (31) y en un estudio realizado en pacientes con SII y tratados con amitriptilina y fluoxetina se encontró que en la psicopatología asociada al SII se incluye el trastorno de ansiedad, el cual puede preceder o seguir a los síntomas y la depresión, que se asocia a un grado mayor que la ansiedad (34)

Se sabe que el estrés exacerba los síntomas gastrointestinales en individuos sanos y en pacientes con SII; esto se encuentra relacionado con subtipos de pacientes que presentan síntomas intestinales pero no relacionados con los alimentos, actividad u otros cambios fisiológicos, y en cambio son frecuentes los disturbios psicológicos tales como ansiedad, depresión y somatización, quejándose dolor permanente, estos pacientes se encuentran convencidos de tener una enfermedad que no ha sido tomada en cuenta y esta situación pueden frustrar los intentos médicos por realizar un diagnóstico preciso al requerir constantemente estudios y tratamientos terapéuticos adicionales, estos pacientes no responden a la sicoterapia convencional ni a la farmacoterapia intestinal (23)

Lo anterior lleva a generar una seria inquietud con respecto a la fuerza de asociación entre los pacientes con síndrome de intestino irritable diagnosticado mediante los criterios ROMA III y la presencia de trastornos psicoafectivos concomitantes, tales como ansiedad y depresión, ya que aunque existen diferentes estudios que demuestran la coexistencia de SII diagnosticado mediante criterios ROMA II y ansiedad y/o depresión como causa o consecuencia uno del otro, no se encuentra la información necesaria y suficiente para evaluar la presencia de SII diagnosticado mediante criterios ROMA III, su asociación con trastornos de ansiedad y depresión y la fuerza de dicha asociación, la cual puede llevar al fracaso diagnóstico y terapéutico convencional de los pacientes con SII.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN?

4. MARCO TEÓRICO

4.1 SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Definición, fisiopatogenia y síntomas

El síndrome del intestino irritable (SII) es una entidad conocida desde comienzos del siglo XIX y fue brevemente descrita hace mas de 150 años; sin embargo, hasta antes de 1978 la mayoría de las publicaciones fueron descriptivas, retrospectivas y en gran parte anecdóticas (1).

De acuerdo con los criterios ROMA III, el SII se define como un trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por:

- 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.

Estos criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico (2 - 3).

El SSI se encuentra dentro de los trastornos funcionales porque no se conoce que tenga una causa orgánica y parece deberse a anomalías de la función digestiva, especialmente de la motilidad o de la sensibilidad.

En la fisiopatología del SII existen datos que apoyan la existencia de fenómenos microinflamatorios; así, se ha descrito un aumento de los linfocitos intraepiteliales y de los mastocitos (mastocitos activados) en el colon de los pacientes con SII, se especula que esta microinflamación podría ser el origen de la hipersensibilidad de las terminales nerviosas de la pared intestinal contribuyendo a inducir o perpetuar los síntomas (4)

Dentro de los mecanismos y factores descritos se encuentran:

- Factores Genéticos y Ambientales: La observación de una mayor prevalencia de los trastornos funcionales digestivos en determinadas familias ha hecho pensar en la posibilidad de una predisposición genética. El papel de los factores genéticos en el SII también se ha manifestado al observar que algunos pacientes con SII tienen una menor producción de interleuquina 10, una citoquina con capacidad antiinflamatoria cuya síntesis está regulada genéticamente⁸¹, o son capaces de modular una respuesta distinta a algunos fármacos a través de los polimorfismos genéticos de la proteína transportadora de la serotonina (4).

- Alteraciones de la motilidad digestiva: mediante técnicas de estudio de la dinámica del gas intestinal se ha observado que los pacientes con SII retienen gas y que esta retención se correlaciona con la intensidad de los síntomas de malestar y distensión abdominal, que aparecen incluso con cantidades mínimas de retención (5).
- Morbilidad Psicológica: Un estudio que evaluó la asociación de los síntomas físicos funcionales con la ansiedad y la depresión concluyó que los pacientes con síndromes funcionales (SII, síndrome de fatiga crónica, dispepsia funcional) padecen una depresión o un trastorno de ansiedad con una frecuencia mayor que los sujetos sanos o que los pacientes con enfermedades parecidas de causa orgánica conocida (6)

Las manifestaciones clínicas del SII son muy variadas y heterogéneas, pudiendo producirse diversas asociaciones de los distintos síntomas, quedando incluidos tanto pacientes que padecen dolor abdominal junto con diarrea como aquellos que sufren estreñimiento. Por otra parte, es habitual que los pacientes con SII aquejen también síntomas propios de otros trastornos funcionales, tanto digestivos como extra digestivos. De hecho, aproximadamente la mitad de los casos de SII sufren dispepsia funcional, y es frecuente la asociación con fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, cistitis intersticial, cefalea tensional, etc (7).

Criterios ROMA: evolución, utilidad y comparación

Más de la mitad de las enfermedades gastrointestinales dentro de ellas el síndrome de intestino irritable, son funcionales, así, al no observarse defectos fisiopatológicos palpables, su diagnóstico se hace muy difícil y solo se puede conocer de la existencia de la enfermedad a través de lo referido por el paciente (8).

Por lo anterior y posterior a un Simposio de Intestino Irritable en el 12º Congreso Internacional de Gastroenterología en Lisboa 1984, surge la inspiración del Dr. Grant Thompson y el Profesor Torsoli, para iniciar el proceso de ROMA, en busca de la necesidad de hacer pautas y guías para el manejo de síndrome de intestino irritable, las cuales se presentaron en el siguiente congreso en Roma en 1988.

Posteriormente y en busca de mejorar la rentabilidad diagnóstica se construyó otro comité para considerar subgrupos en el Síndrome de Intestino Irritable, este proyecto se expandió, incluyendo todas las alteraciones gastrointestinales funcionales clasificándolas en 21 entidades en 5 regiones anatómicas del tracto digestivo; es así como se establecieron los criterios ROMA I que fueron publicados en 1994. En el proceso de ROMA II, publicado en 1999, participaron 60 investigadores de diferentes países organizados en 10 comités, incluyeron un componente académico, apoyado por la industria farmacéutica y por las autoridades regulatorias, generando criterios mas estrictos y restringidos para el

diagnóstico de SII, lo cual disminuyo la prevalencia del mismo, se obtuvo una sensibilidad 93% y una especificidad del 98% valor predictivo positivo del 97%. Los criterios ROMA III, incluyeron 6 años de trabajo de 87 investigadores de 18 países organizados en 14 comités y fue publicado en 2006; estos criterios son un poco menos restrictivos que los criterios ROMA II (8). Se ha demostrado en algunos estudios, que la prevalencia de SII con criterios ROMA III comparada con la obtenida por criterios ROMA II ha aumentado, por ejemplo en un estudio realizado en Israel fue de 2,1% con Roma II y de 11% con ROMA III (9)

Cambios realizados de Roma II a Roma III para diagnóstico de SII:

- Se modificó el tiempo de evolución necesario para establecer el diagnóstico; con ROMA III los síntomas deben haber aparecido al menos 6 meses antes y estar actualmente activos durante 3 meses. Este hecho los hace menos restrictivos que los utilizados en Roma II (12 semanas de síntomas en los últimos 12 meses)
- Los subtipos de SII clasificados de acuerdo a la presencia de diarrea, estreñimiento y tipo mixto se unificaron y en ROMA III se determinan fundamentalmente por la consistencia de las heces.
- El síndrome del dolor abdominal funcional se separó de los trastornos intestinales digestivos y ahora es una categoría independiente; el motivo es su relación con alteraciones en el procesamiento nociceptivo a nivel central más que con alteraciones propiamente funcionales del intestino (10)

Síntomas de acuerdo con la clasificación ROMA

ROMA I / 1994	ROMA II / 1999	ROMA III / 2006
Síntomas continuos o recurrentes de: -Dolor Abdominal que mejora con la deposición o se asocia a cambio en la consistencia de las heces Y/O dos o mas de: -Alteración en la frecuencia de deposiciones -Alteración en la consistencia de las heces -Alteraciones de la deposición (urgencia, sensación de evacuación incompleta) -Moco en las heces Habitualmente con: -Hinchazón o Distensión abdominal	Al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses anteriores de malestar o dolor abdominal , con dos o mas de: -Mejoría con la deposición -Asociado a cambio en la frecuencia de las deposiciones - Asociado a cambio en la consistencia de las deposiciones	Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a dos o más de los siguientes: - Mejora con la defecación. - Comienzo asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones. - Comienzo asociado con un cambio en la consistencia de las deposiciones. Estos criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico

Prevalencia del SII

Los trastornos funcionales son responsables de aproximadamente un 40% de los pacientes nuevos de gastroenterología en consulta externa y constituyen una proporción importante en las consultas de cuidado primario (1)

La prevalencia de SII oscila entre un 5 y un 20% dependiendo de la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados. En un estudio que utilizó un mismo cuestionario para valorar la prevalencia de este síndrome en 8 países europeos, las prevalencias totales oscilaron entre el 6,7 y el 12%, siendo más altas en Reino Unido, Francia e Italia y más bajas en Países Bajos, Bélgica y España (11-12). En la mayoría de las series publicadas, el SII es más prevalente en la mujer, con diferencias, respecto al hombre, que oscilan entre 2-2,5:1 hasta una razón de 3-4:1. Estas diferencias no son tan importantes cuando se tiene en cuenta únicamente a los pacientes que llegan a consultar con el médico. En este caso, la relación mujer-hombre es inferior a 2:1. No se conoce bien si estas diferencias obedecen a un diferente patrón de comportamiento ante la enfermedad o a la existencia de un rasgo biológico diferencial (13). En Colombia de acuerdo con un estudio realizado en la samaritana en pacientes que asistían a la consulta de gastroenterología, se encontró una prevalencia del 14% (14), pero no se encuentran datos de dicha prevalencia al establecer el diagnóstico mediante criterios ROMA III

Actualmente en Colombia aún no existen datos sobre cuál es la prevalencia del SII de acuerdo a los nuevos criterios de Roma III aunque, dado que son menos restrictivos que los de Roma II, es de suponer que las cifras se acercarán más a las obtenidas previamente con los de Roma I. De cualquier forma, el ideal es disponer de instrumentos (criterios) que permitan identificar las diferentes prevalencias con las que los diferentes síntomas del SII, con mayor o menor intensidad y frecuencia, están presentes en la población general (15)

No todos los pacientes con SII acuden al médico en busca de un tratamiento. Basándose en estudios epidemiológicos llevados a cabo en distintos países, el porcentaje de personas que reúnen criterios de SII y que realmente llegan a consultar por su problema de salud oscila entre el 25-75%. No se conoce bien si la razón de este hecho bien contrastado guarda relación con la intensidad de los síntomas (probablemente esto sea cierto en algunos casos) o con determinantes psicopatológicos (15)

Estudios bien diseñados coinciden en señalar que la población de enfermos con SII que buscan ayuda médica presenta una mayor prevalencia de distrés psicológico y patrones de mal adaptación a la enfermedad que aquellos que no consultan. Algunos estudios han demostrado, incluso, que el perfil psicológico de estos pacientes es manifiestamente distinto del de otra población de pacientes con intolerancia a la lactosa cuyos síntomas son similares en alguna medida a los de muchos pacientes con SII. Ello podría sugerir que la psicopatología no es, probablemente, la causa del SII, pero sí un factor determinante del tipo de

paciente que llega a consultar con el médico. Otros estudios, sin embargo, no han podido confirmar esta hipótesis

Tratamiento del SII

El tratamiento de un paciente con SII puede variar dependiendo de diversos factores. Éstos incluyen básicamente: 1) la frecuencia e intensidad de los síntomas; 2) la preocupación que suscitan en el enfermo; 3) la repercusión sobre la calidad de vida del mismo; 4) el tipo de síntoma predominante y 5) la posible existencia de trastornos psicológicos concomitantes. Todas estas variables influyen en las decisiones terapéuticas. Algunos pacientes pueden beneficiarse de medidas terapéuticas sencillas, incluyendo consejos dietéticos o cambios en el estilo de vida. Otros pacientes requerirán tratamiento farmacológico para atenuar la intensidad de los síntomas en períodos de exacerbación. Finalmente, algunos pacientes requerirán un tratamiento psiquiátrico (15); siendo válida la afirmación realizada en 1988 por Klein, que tras realizar un exhaustivo análisis de la bibliografía, revisando más de 40 estudios realizados a doble ciego contra placebo en el tratamiento del SII, concluyó que “no hay ningún estudio que ofrezca una evidencia convincente de que alguna terapia sea efectiva en el tratamiento del complejo sintomático del SII” (16).

Dentro del esquema para el tratamiento del SII, en la actualidad se incluyen varias formas terapéuticas que son a elección del tratante, en las guías de manejo clínico, básicamente se incluye lo siguiente:

- Ejercicio físico
- Dieta equilibrada: Se ha sugerido que algunos tipos de alimentos pueden exacerbar los síntomas del SII; alimentos como sorbitol, cafeína, grasas, alcohol, huevos, trigo, frutos secos y leche son recomendados como excluyentes, aunque no hay estudios concluyentes (23)
- Probióticos
- Fibras y laxantes: La fibra soluble (ispagula, psilio) es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado al SII, aunque no para la mejoría global del mismo.
- La fibra insoluble (salvado de trigo, fibra de maíz) no es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado al SII.
- Los laxantes podrían estar indicados en los pacientes con estreñimiento asociado al SII
- Antidiarreicos: La loperamida es efectiva en el tratamiento sintomático de la diarrea asociada al SII, aunque no para la mejoría global del mismo.
- Las resinas de intercambio aniónico pueden mejorar la diarrea asociada al SII.

Adicionalmente el espectro terapéutico va hasta la utilización de la sicoterapia y tratamientos con antidepresivos tales como fluoxetina, paroxetina. Así mismo, el uso alternativo de hierbas medicinales chinas. Existen así múltiples tratamientos para el SII que si bien ayudan al clínico a controlar algunos de los síntomas, no curan la enfermedad.

Costos generados por el SII

Los costos asociados al SII son importantes, sólo en los EE.UU., consultan anualmente por este problema entre 2,4 y 3,5 millones de personas. Ello supone un gasto anual de 30 billones de dólares (aproximadamente 24.000 millones de euros). Aproximadamente un tercio de estos costes deben computarse como gastos directos (visitas facultativas, pruebas complementarias y consumo farmacéutico). Los dos tercios restantes se atribuyen a costes indirectos relacionados esencialmente con pérdida de productividad laboral. A ellos deben sumarse los costes intangibles el dolor y el sufrimiento experimentados por los pacientes con este síndrome. (15-18)

4.2 DEPRESIÓN

Historia

El término depresión se remonta a un cuarto de siglo desde Hipócrates y desemboca en una teoría cognitiva, la cual plantea que la depresión es en parte, una consecuencia de interpretaciones erróneas negativas y perniciosas (Beck 1967–1976. Citado en Steven, D. 1981). Los individuos depresivos según esta teoría, exhiben lo que Beck ha catalogado como la tríada cognitiva negativa, considerándose así mismos como incapacitados, derrotados y enfermos; adicionalmente sus mundos están llenos de obstáculos para la obtención de la mínima satisfacción.

Definición de Depresión

La depresión es un estado emocional caracterizado por una tristeza y aprensión, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, retraimiento, pérdida del sueño, apetito, deseo sexual, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. La depresión puede ser considerada como uno de los problemas de salud mental más común (19) y que, además se da con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (20-21), sin embargo, las mujeres presentan mayores niveles de

depresión que los hombres, maximizándose estas diferencias en las personas mayores de 34 años, en las que tenían hijos, en las mujeres casadas o divorciadas, bajo nivel de estudios y en las no profesionales (22) Así mismo, la depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia), y en general los periodos de crisis o cambios importantes parecen ser las más afectadas. La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración.

En la depresión unipolar las diferencias de género encontradas con más frecuencia son la existencia de una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres y un peor pronóstico en las mujeres: éstas parecen presentar con más frecuencia un curso más crónico y recurrente con episodios más largos (23), así mismo, la existencia de una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres se ha encontrado de forma consistente tanto en estudios epidemiológicos como clínicos, con una prevalencia de vida de 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres (razón mujer hombre de 1.68:1) (24)

Cuadro Clínico de la Depresión

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual esta se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

La sintomatología inicial del primer episodio, que con más frecuencia se presenta es: falta de iniciativa, fatiga, insomnio, empeoramiento del rendimiento laboral, aumento de la indecisión, dificultades en la concentración, irritabilidad y ansiedad generalizada (25). Algunos autores también señalan la presencia de tensión y vagos sentimientos de ansiedad como pródromos más frecuentes en las depresiones psicóticas. La instauración del episodio propiamente dicho puede realizarse de forma brusca (incluso menos de un mes), gradual (suele estar asociado frecuentemente a acontecimientos vitales) o fluctuante y en escasas ocasiones precedido de un trastorno de ansiedad (25)

El número de episodios observados está en función, básicamente, del tiempo de observación desde el inicio y la definición de episodio, dependiendo si es un trastorno de tipo unipolar en el que generalmente son recurrentes o en el bipolar donde son menos numerosos; los casos de un solo episodio son excepcionales en este tipo de trastorno. (26)

4.3 ANSIEDAD

La ansiedad, se define como un estado emotivo y de respuesta que surge cuando uno se halla expuesto a situaciones que impliquen peligro o amenaza, es una experiencia universal y cotidiana para todo ser humano. Puede convertirse, sin embargo, en una conducta que cumple una función esencialmente adaptativa. Ahora bien, la ansiedad puede ser también una conducta patológica, cuando, por la continuidad de las respuestas o la excesiva intensidad de las mismas, no se logra establecer el equilibrio entre el sujeto y los estímulos. (27) La ansiedad ha sido definida de muy diferentes maneras desde los diversos enfoques psicopatológicos.

Un primer estudio realizado llevado a cabo en Estados Unidos con 8.908 sujetos, en el que se encontró que le 17,2% de la población había padecido algún trastorno de ansiedad en el último año (24). En otro tipo de estudio coordinado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), donde se entrevistaron a 25.916 sujetos, en centros de atención primaria de 14 países diferentes, se encontró con criterios CIE-10, que el 7,9% de la población padece de ansiedad generalizada, el 1,1% sufre de ataques de pánico, el 1% experimenta agorafobia con pánico y un 0,5% de agorafobia sin pánico (28).

Aunque la sintomatología depresiva y ansiosa parece ser mayor en mujeres que en hombres, el género no resulta ser la variable más determinante para la ansiedad, aunque sí para la depresión y en ambos casos, factores sociodemográficos parecen tener un gran peso respecto a las diferencias de género (22).

Desde el enfoque cognitivo, Beck sostiene que es un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo, y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo. Afirma también que el elemento crucial en los estados de ansiedad, es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial (por ejemplo: respiración entrecortada), aparentemente creíble y seguida por una ola de ansiedad (20)

Se define el estado de Ansiedad como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo” La ansiedad “no es un fenómeno unitario” (28) sino que se conjugan tres sistemas de respuesta o dimensiones: Subjetivo-Cognitiva, Fisiológico-Somática y Motor-Conductual.

El sistema de respuesta Subjetivo-Cognitivo tiene que ver con la propia experiencia interna, incluye un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la

ansiedad. Esta dimensión tiene como función percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de respuesta. Con respecto a la dimensión Fisiológico-Somática es necesario saber que la ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica de tipo externo, interno e involuntario o parcialmente voluntarios. Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano.

Por último es pertinente definir el sistema de respuesta Motor-Conductual, respecto de este, (29) plantean que trata de los cambios observables de conducta que incluyen la expresión facial, movimientos y posturas corporales, aunque principalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad (29).

4.4 SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU ASOCIACIÓN A TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OTROS.

Como hemos expuesto anteriormente, la ansiedad y la depresión son los dos síntomas correlacionables que más impacto generan, que altera de alterna de manera ostensible el equilibrio y desempeño de los demás sistemas, además de generar somatización. Así mismo, dentro de la fisiopatogenia de la enfermedad, se encuentra involucrado un componente clave que involucra el eje cerebro-músculo, altamente involucrado en los procesos nerviosos de ansiedad y depresión (30)

Las observaciones hechas en estudios relacionados con pacientes que buscan tratamiento para Síndrome de Intestino Irritable, han mostrado altos índices de comorbilidad psiquiátrica, particularmente aquellos desórdenes marcados por un alteraciones cognitivo- afectivas, (depresión y ansiedad), aunque no existe evidencia que soporte la noción que el SII es un desorden psiquiátrico de por si, los grupos de pacientes con SII muestran niveles más altos de estrés psicosocial medido ya sea a través de cuestionarios estandarizados o con entrevistas estructuradas para el diagnostico psiquiátrico (31).

Es importante resaltar, que dentro de algunos estudios de neuroimagen, se demuestran anormalidades en los mecanismos que procesan el dolor central en respuesta a estímulos con como la distensión rectal; así mismo, la asociación de factores cognitivos y somatización ha dado pauta para el tratamiento con psicoterapia para reducir los síntomas del SII (32)

En la etiología de el SII se contemplan componentes de tipo fisiopatológico y psicológico, en estos últimos se han encontrado posibles asociaciones entre el SII y los desórdenes afectivos, principalmente la ansiedad y depresión, sin embargo existen dificultades en la interpretación de estas asociaciones.

La ansiedad y la depresión, a través del sistema nervioso autónomo, tiene efectos sobre el sistema gastrointestinal y puede por tanto, agravar el dolor, también

puede sugerir que en proceso de aliviar los síntomas del SII pueden hacer que una persona sea más propensa a sentir ansiedad o depresión. Por lo tanto, la ansiedad y la depresión pueden ser una causa o una consecuencia de la perturbación intestinal (31).

En los últimos 15 años, se llevaron a cabo estudios de series que evaluaron sistemáticamente la naturaleza y la magnitud de la psicopatología en los pacientes que eran tratados para SII, hallando niveles de depresión leve y niveles mas altos de ansiedad crónica, los resultados se obtuvieron usando metodologías validadas y bien estructuradas con un tamaño de muestra adecuado e indicaron que entre el 40% y el 60% de los pacientes con SII tienen una patología psiquiátrica diagnosticable, siendo al ansiedad el desorden más común, seguido por los desordenes relacionados con la somatización (30)

Debido a la estrecha relación entre el SII y la comorbilidad psicológica, parece probable que los pacientes con una mayor prevalencia de esta patología intestinal tengan también mayor prevalencia de trastornos psicológicos como ansiedad y depresión.

La coexistencia de síntomas psiquiátricos y síntomas gastrointestinales se presentan hasta en 80%, aunque no predomina ningún diagnóstico en particular (31) y en un estudio realizado en pacientes con SII y tratados con amitriptilina y fluoxetina se encontró que en la psicopatología asociada al SII se incluye el trastorno de ansiedad, el cual puede preceder o seguir a los síntomas y la depresión, que se asocia a un grado mayor que la ansiedad (34-35)

Hay otros tipos de mecanismos que se encuentran relacionados con los mecanismos de asociación, como que algunos pacientes presentan un incremento en la actividad motora del intestino a diversos estímulos, aumento de la sensibilidad visceral y un umbral bajo al dolor, el cual genera persistencia de los estímulos en el sistema nervioso central y en el lumen y mucosa intestinal (35)

Aunque se ha comprobado relación entre la existencia de síndrome de intestino irritable y trastornos de depresión y ansiedad no hay estudios que describan la relación entre la falta de respuesta al tratamiento y la presencia de dichos trastornos, esto hace necesario iniciar los estudios adecuados para lograr un manejo conjunto de esta patología que tanto aqueja a la población y que tanto costo genera a los sistemas de salud y al país en general.

4.5 DSM IV

El diagnóstico y el manual estadístico de la cuarta edición de los desórdenes mentales (29) es la referencia actual usada por los profesionales y los médicos mentales de salud para diagnosticar desórdenes mentales. Esta publicación se refiere a menudo como el intravenoso de DSM o de DSM4 o de DSM. La asociación psiquiátrica americana comenzó a publicar el DSM en 1952, y ha pasado desde entonces con varias revisiones antes de la versión más reciente, la cuarta edición, fue publicada en 1994. Las listas actuales del intravenoso de DSM incluyen 200 condiciones mentales de la salud y los criterios requeridos para cada uno de los diagnósticos.

Los bosquejos de DSM IV fueron circulados para la discusión y los comentarios antes de la publicación del manual final en 1994 (29). El material de la revisión se ha publicado en una serie de los libros de la fuente del intravenoso de DSM.

Los criterios de diagnóstico para los desórdenes mentales son esencialmente descripciones de los síntomas que bajan en una de cuatro categorías evaluadas en el manual.

En desorden depresivo importante por ejemplo, los síntomas afectivos o del humor incluyen humor y sensaciones presionados de la culpabilidad.

Los síntomas del comportamiento incluyen retiro y la agitación sociales.

Los síntomas cognoscitivos, o los problemas en el pensamiento incluyen dificultad con la concentración o las decisiones de la fabricación.

Finalmente, los síntomas somáticos o físicos incluyen el insomnio o la hipersomnia (que duerme demasiado).

La utilidad clínica del DSM 4 es mucho más que una herramienta para hacer diagnóstico de la depresión como desorden importante. El DSM 4 permite que los profesionales de salud mentales alcancen el consenso en el cual los síntomas o los grupos de los síntomas deben definir los desórdenes. Tales decisiones son basadas en la evidencia empírica (resultados de investigación), generalmente por un grupo multidisciplinario de profesionales. Además, el DSM 4 se utiliza como una herramienta educativa y referencia para conducir todos los tipos de investigación. (29)

Los 5 ejes que se evalúan en el DMS son:

- EJE I Trastornos clínicos
Otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica
- EJE II Trastornos de la personalidad
Retraso mental
- EJE III
Enfermedades médicas (con códigos CIE 10)
- EJE IV
Problemas psicosociales y ambientales
- EJE V
Evaluación de la actividad global

4.6 ESCALA ZUNG PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

La escala de ZUNG fue diseñada en 1965 para diagnosticar depresión en pacientes psiquiátricos hospitalizados (36). Posteriormente se utilizó como instrumento de identificación de posibles casos de depresión en personas hospitalizadas por enfermedades médicas y en la población general (37).

Aunque algunos de los criterios para definir trastornos mentales han cambiado, la escala ZUNG se sigue utilizando como instrumento de tamización o diagnóstico en diferentes poblaciones (38).

En Colombia esta escala fue validada en el 2004 por medio de un estudio realizado en el 2003 en las ciudades de Bucaramanga y Bogotá, obteniendo una sensibilidad del 96% y una especificidad del 71% (39).

Para la evaluación de depresión y de ansiedad con esta escala consta de 20 ítems, se tiene en cuenta que puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos para depresión y de 13 – 52 puntos para ansiedad. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones.

En nuestro medio se utiliza la puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 2, 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Para la validación en Colombia se tomaron los siguientes puntos de corte:

- No depresión < 28 puntos
- Depresión leve 28-41 puntos
- Depresión moderada 42-53 puntos
- Depresión grave > 53 puntos

- No ansiedad <18 puntos
- Ansiedad leve 19 - 27 puntos
- Ansiedad moderada 28 - 35 puntos
- Ansiedad grave > 36 punto

5. PROPÓSITO

El propósito de esta investigación era analizar la asociación y la fuerza de asociación que existe entre el síndrome de intestino irritable y la presencia de ansiedad y depresión, tomando la población que asiste a consulta externa en los servicios de gastroenterología y de esta forma contribuir en la obtención de las bases y herramientas necesarias, con el fin de establecer la necesidad de realizar un enfoque y manejo multidisciplinario para el paciente que padece dicha patología, en busca del bienestar del mismo y del fortalecimiento de su calidad de vida, que a su vez se traduciría en mejor vida productiva y menor impacto económico.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre la presencia de síndrome de intestino irritable diagnosticado mediante criterios ROMA III y la presencia trastornos de depresión y ansiedad

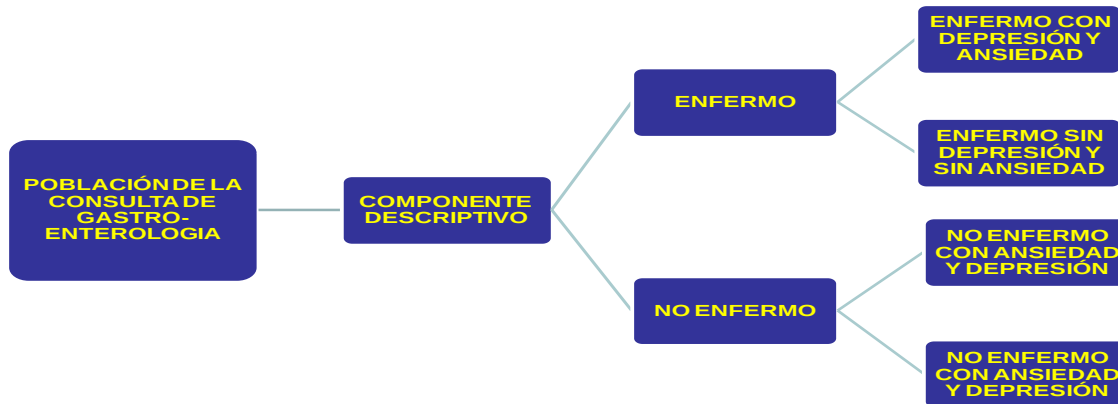
6.2 Objetivos Específicos

1. Establecer la prevalencia de síndrome de intestino irritable diagnosticado mediante criterios ROMA III, en la consulta de gastroenterología de la EPS CAFAM
2. Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes que asisten a consulta de gastroenterología de la IPS CAFAM
3. Establecer la proporción de depresión y ansiedad mediante la Escala de ZUNG en pacientes que asisten a consulta de gastroenterología de la IPS CAFAM.
3. Analizar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la presencia de síndrome de intestino irritable en pacientes que asisten a consulta de gastroenterología.

7. METODOLOGÍA

7.1 Diseño

Estudio de Corte Transversal con exploración de la asociación entre SII y ansiedad y depresión



7.2 Hipótesis

Ho: Existe asociación entre el Síndrome de Intestino Irritable y la ansiedad y la depresión

Ha: No existe asociación entre el Síndrome de Intestino Irritable y la ansiedad y la depresión.

7.3 Población y muestra

Población: Se tomó como población de referencia los pacientes que asisten a consulta externa de Gastroenterología en la IPS CAFAM, que de acuerdo con el libro de consulta externa corresponde a 1200 pacientes atendidos por mes afiliados a las EPS CAFAM y Nueva EPS del régimen contributivo, esta población asiste remitida por medicina general y algunos son controles; la procedencia de los pacientes es de Bogotá y Cundinamarca, con estratos entre el 1 y el 4, y edades desde los 16 en adelante, trabajadores, estudiantes, pensionados y amas de casa.

Mediante STAT CALC de EPI INFO versión 3.5.1 se calculó una muestra total de 233 pacientes, con una prevalencia encontrada en la literatura del 14% (8), población esperada por mes de 1200 pacientes y con un error esperado del 4%.

Se tomó una muestra consecutiva de 274 pacientes que asistieron a la consulta de gastroenterología mencionada; entre el 8 y 29 Noviembre de 2010, de lunes a viernes, en horas de la tarde debido a que en la IPS realizaban consulta en la tarde y procedimientos en la mañana por temas de necesidad de ayuno para los segundos. Se escogió el mes de noviembre por que es un mes de transición en el cual hay menor inasistencia a las citas programadas

7.4 Criterios de inclusión

- Pacientes de género masculino y femenino, mayores de edad, de Bogotá y Cundinamarca que asisten a la consulta de gastroenterología
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

7.5 Criterios de exclusión:

- Pacientes que asisten a la consulta de gastroenterología con diagnóstico o tratamientos psiquiátricos.
- Pacientes con SII con otros tipos de tratamiento que puedan ocasionar previamente el síndrome, tales como quimioterapia, radioterapia u otros procesos citotóxicos.
- Presencia de signos de alarma tales como: hemorragia gastrointestinal, pérdida de peso, fiebre, anemia o masa abdominal, historia familiar de cáncer o enfermedad inflamatoria intestinal, antecedentes de cirugía de colon en los pacientes que asisten a la consultas
- Pacientes con alguna condición de discapacidad referida por el o por el acompañante que le impida entender y firmar el consentimiento informado.

7.6 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y NIVEL DE MEDICIÓN
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	Trastorno digestivo funcional	Debe cumplir con criterios ROMA III –Dolor 3 días por mes en los últimos tres meses MAS -Mejoría con la defecación -Cambio en la frecuencia de las deposiciones -Cambio en la consistencia de las deposiciones	DEPENDIENTE CUALITATIVA NOMINAL
EDAD	Años vividos del ser humano	En años cumplidos, confirmada con fecha de nacimiento. Clasificación en grupos etáreos de acuerdo con la mayor prevalencia de SII	INDEPENDIENTE CUANTITATIVA CONTINUA
GÉNERO	Sexo biológico del Ser Humano	Femenino y Masculino	INDEPENDIENTE CUALITATIVA NOMINAL
ANSIEDAD	Es un estado emocional transitorio del organismo humano, con sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo	Se diagnostica mediante escala de Zung que la clasifica en Ausente, Ansiedad leve, moderada y severa.	INDEPENDIENTE CUALITATIVA ORDINAL
DEPRESIÓN	Trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta	Se diagnostica mediante escala de Zung que la clasifica en Ausente, Depresión leve, moderada y severa	INDEPENDIENTE CUALITATIVA ORDINAL

7.7 FUENTES DE INFORMACION

Fuente primaria: pacientes que asisten a la consulta de gastroenterología con diagnóstico de SII en la EPS CAFAM

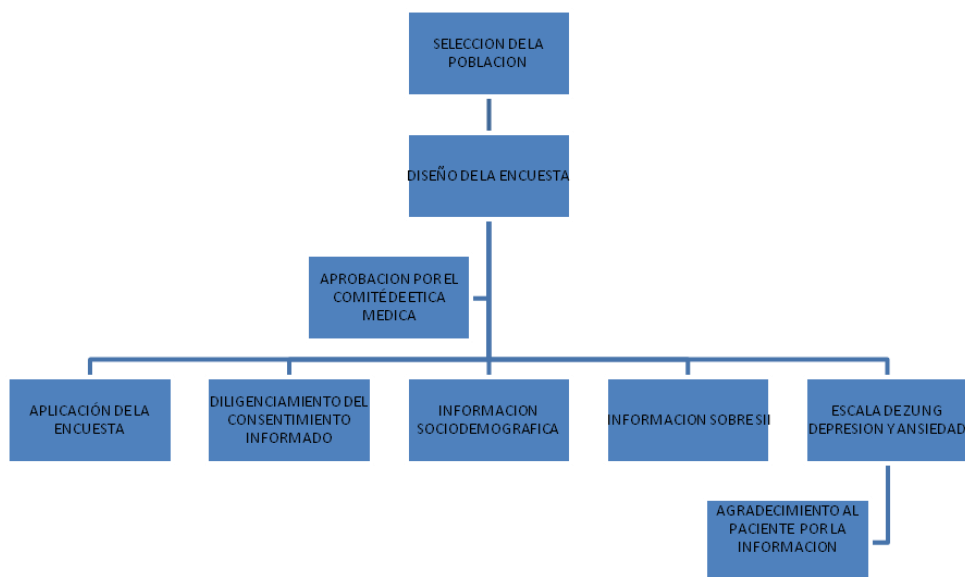
7.8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

Encuestas dirigidas a los pacientes que asistían a consulta de gastroenterología con aplicación de escalas de ansiedad y depresión ya validadas y que incluían criterios ROMA III y algunos factores sociodemográficos.

Para determinar la presencia de ansiedad y/o depresión se utilizó la escala de Zung mencionada anteriormente, y de la cual se tomaron las siguientes categorías:

- No depresión < 28 puntos
 - Depresión leve 28-41 puntos
 - Depresión moderada 42-53 puntos
 - Depresión grave > 53 puntos
-
- No ansiedad <18 puntos
 - Ansiedad leve 19 - 27 puntos
 - Ansiedad moderada 28 - 35 puntos
 - Ansiedad grave > 36 puntos

A continuación se diagrama, el protocolo seguido para la recolección de los datos



7.9 CALIDAD DE LOS DATOS Y CONTROL DE SESGOS

Para garantizar la calidad de los datos y controlar los sesgos las encuestas fueron realizadas por los investigadores, quienes contaban con el conocimiento de los criterios de inclusión y exclusión, aplicación y manejo de escalas de ansiedad y depresión, así como un entrenamiento previo en Buenas Prácticas Clínicas

CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN:

- La muestra fue escogida de una población específica perteneciente a un sitio especializado de gastroenterología, lo cual garantiza que la dicha muestra presente condiciones similares.
- La decisión de no participación de algunos 3% de los pacientes pudo generar un sesgo de selección para lo cual se aumento la muestra.

CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN:

- Fuente de información primaria
- Encuesta dirigida y realizada por personal con dominio del tema. Personal encuestador entrenado, con conocimiento de los criterios de inclusión y de exclusión y manejo de escalas de ansiedad y depresión.
- Tiempo de aplicación de encuesta suficiente
- En el momento de la aplicación de la encuesta el paciente debía estar solo, sin acompañante

7.10 PLAN DE ANÁLISIS

Posterior a la aplicación del instrumento a los pacientes de la muestra, se generó la base de datos en el programa SPSS 18.0 en la cual se efectuó la depuración respectiva de los datos realizando frecuencias, observando datos extremos y verificando que estos no se presentaran por mal diligenciamiento del instrumento, por información errónea del paciente), teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, así como la debida aceptación del consentimiento informado. De las 274 encuestas realizadas no se presentaron datos perdidos.

No hubo necesidad de realizar cruces lógicos ya que las preguntas fueron aplicadas a todos los pacientes, independiente del género.

7.11 METODOS ESTADISTICOS

Una vez recolectados los datos, se procedió a realizar el análisis en los programas SPSS 18.0 y epiinfo versión 3.5.1 para determinar OR.

ANÁLISIS UNIVARIADO: Se realizó un análisis descriptivo de las características socio-demográficas:

- Para las variables cualitativas se realizó por medio de frecuencias y porcentajes.
- Para las variables cuantitativas mediante promedios, desviación estándar, mínimos y máximos y variabilidad.

ANÁLISIS BIVARIADO: Se realizó por medio de tablas de contingencia, la prueba de Ji cuadrado de Pearson, test exacto de Fisher para valores inferiores a 5, Intervalo de confianza y se calculó OR.

ANÁLISIS MULTIVARIADO: Se realizó modelo de regresión logística por el método introducir que consiste en introducir en un mismo paso todas las variables de un mismo bloque, que en este caso fueron grupo étnico, género, ansiedad y depresión; se realizó con el fin de evaluar factores de confusión que puedan alterar el resultado. Finalmente se calculó el OR ajustado por variables.

7.12 ASPECTOS ÉTICOS

La participación en el estudio de carácter voluntario posterior a la información brindada sobre el proyecto a las personas a estudiar y la firma de las mismas como constancia de dicha información. Se garantizará la privacidad en la información personal obtenida en las encuestas. Se tendrá en cuenta las disposiciones de la resolución 08430 de 1993 sobre consentimiento informado e investigaciones con seres vivos.

El riesgo de este estudio es mínimo debido a que no hay intervención, pero hay preguntas de la vida privada de los encuestados.

En septiembre de 2010, se presentó el proyecto y encuesta a la Universidad del Rosario y el 12 de septiembre de 2010 se presentó al comité de ética médica en investigación de la IPS CAFAM, con fecha de aprobación 29 de octubre de 2010. Se menciona el nombre de la institución IPS CAFAM, sin ninguna restricción, ya que la información hallada en este estudio no es de carácter confidencial; por el contrario, se espera sea utilizada por todas aquellas instancias que se preocupan por propiciar el bienestar a los pacientes que acuden al servicio de gastroenterología en las diferentes instituciones que así lo requieran.

8. RESULTADOS

Para realizar el análisis; la edad se dividió en grupos etáreos, clasificando el grupo de mayor prevalencia de SII en uno solo, los de menor edad en otro y los de mayor edad en otro. Esto no afectó el modelo de regresión logística como veremos más adelante.

Tabla 1. Distribución de los pacientes por grupo etareo, genero, presencia de SII, ansiedad y depresión.

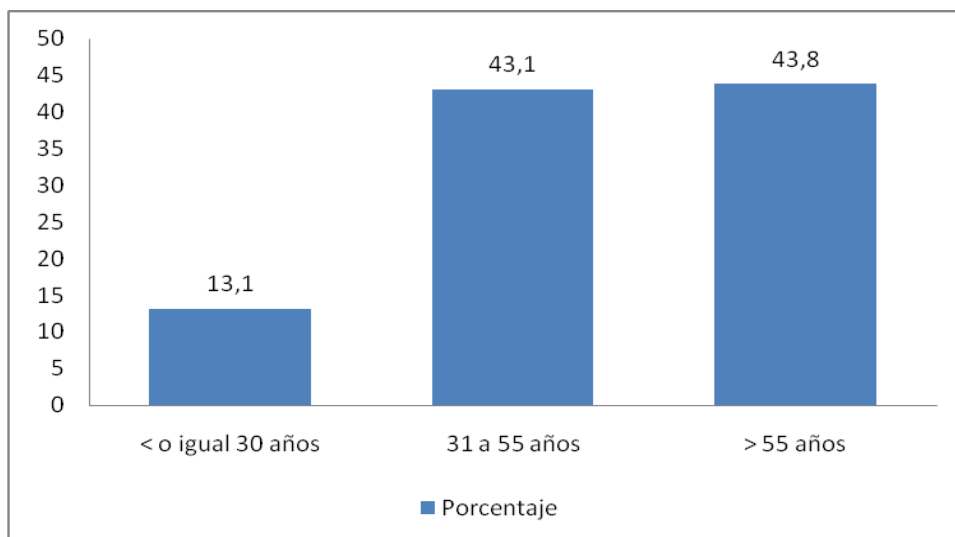
	CLASIFICACIÓN	Nº PACIENTES	PORCENTAJE %
EDAD			
GRUPO ETÁREO	MENOR DE 30 AÑOS	36	13.1
	31 A 54 AÑOS	118	43.1
	MAYOR 55	120	43.8
	TOTAL	274	
GÉNERO			
	FEMENINO	183	66.8
	MASCULINO	91	33.2
	TOTAL	274	100
SII			
	SI	63	23
	NO	211	77
	TOTAL	274	100
ANSIEDAD			
	NO ANSIEDAD	1	0,36
	ANSIEDAD LEVE	96	35,03
	ANSIEDAD MODERADA	153	55,84
	ANSIEDAD SEVERA	24	8,76
	TOTAL	274	100
DEPRESIÓN			
	NO DEPRESIÓN	0	0
	DEPRESIÓN LEVE	25	9,12
	DEPRESIÓN MODERADA	215	78,47
	DEPRESIÓN SEVERA	34	12,41
	TOTAL	274	100

Características Sociodemograficas

La muestra estuvo conformada por 274 pacientes, siendo predominante el sexo femenino con un 66,8%(n=183). El promedio de la edad fue 52,04 con S de 15,96, la mínima edad fue de 19 años y la máxima de 92 años, con una variabilidad heterogénea(CV=30,7%).

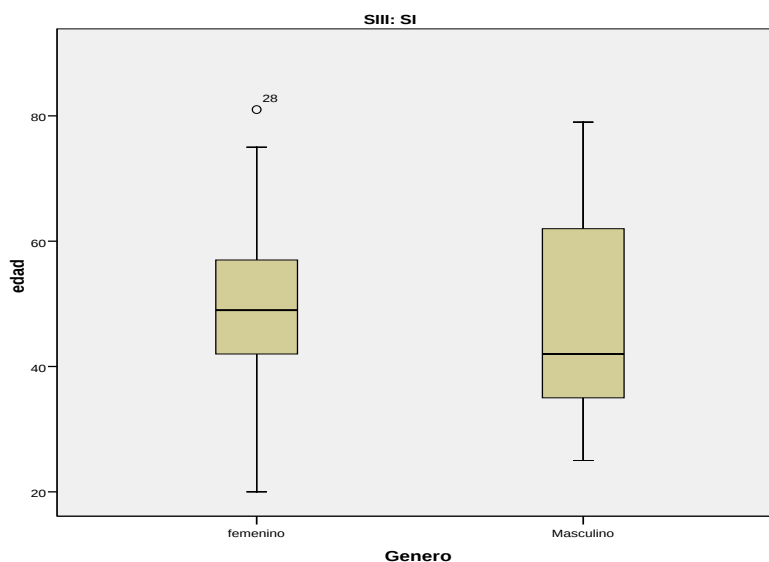
Con respecto a la edad agrupada lo mas predominante en la población fue la edad de mayores de 55 años seguida de la edad de 31 a 55 años. (Grafica 1)

Grafica 1. Distribucion de edad por grupos etareos

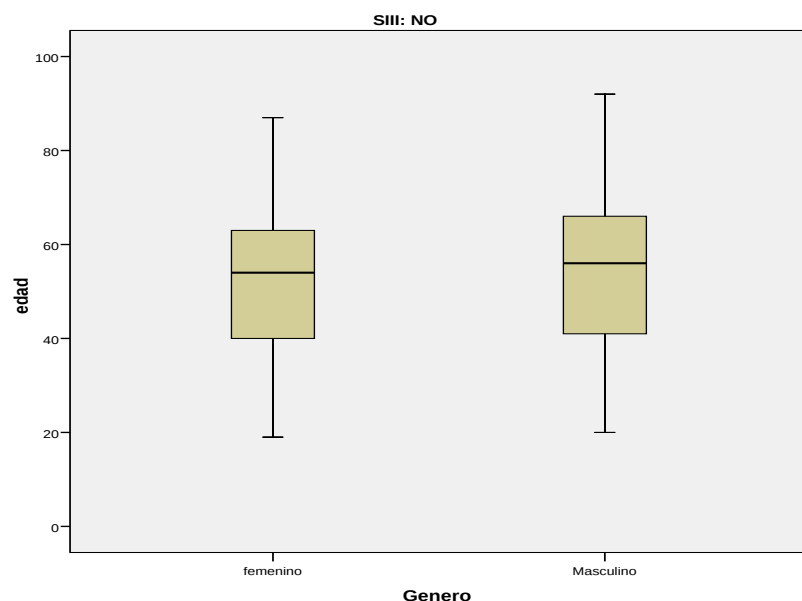


Al analizar de forma independiente la edad y género en pacientes con y sin SII se evidenció que en las mujeres con SII la edad promedio es de 50 años con un valor extremo de 81 años y en los hombres la edad promedio es de 41 años. (Gráfica 2) En las mujeres sin SII la edad promedio fue de 56 años y en los hombres de 58 años (grafica 3)

Grafica 2. Distribución edad y sexo en pacientes con SII



Grafica 3. Distribución edad y sexo en pacientes sin SII



Prevalencias

Se encontró ansiedad en el 99,64% de los pacientes siendo predominante la ansiedad moderada seguida de la ansiedad leve. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
No Ansiedad	1	0,36
Ansiedad Leve	96	35,03
Ansiedad Moderada	153	55,84
Ansiedad Severa	24	8,76
Total	274	100

Todos los pacientes presentaron depresión siendo predominante la depresión moderada seguida de la depresión severa. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Leve	25	9,12
Depresion Moderada	215	78,47
Depresion Severa	34	12,41
Total	274	100

La prevalencia de SIII fue del 23%(n=63) con un IC 95% (18%; 28%)

Asociación

En pacientes con SII predominó la ansiedad moderada, en depresión predominó la moderada, predominó el sexo femenino y el grupo con mayor frecuencia de SII fue el de 35 a 55 años.

Se encontraron asociadas las variables de depresión, sexo y edad, sin embargo en depresión se encontró como factor de riesgo la depresión severa comparada con la leve frente al SII, en género el femenino comparado con el masculino es un factor de riesgo teniendo en cuenta que el límite inferior del intervalo de confianza fue 1 por lo que no se puede determinar con seguridad la misma, en edad ninguna categoría se encontró como factor de riesgo. Cabe resaltar que en ansiedad moderada y severa comparada con la ansiedad leve no tiene asociación con el SII. Aunque en ansiedad hay un paciente que no presenta este trastorno, se tomó como grupo de comparación que correspondía a ansiedad leve ya que en el modelo de regresión logística, para su aplicación exige que en el valor a comparar se encuentre un mínimo de 10 datos. (tabla 3)

Tabla 3. Asociación Bivariada

Variable	Categoría	SII		Total	Valor p	OR	IC 95%
		SI n(%)	NO n(%)				
Ansiedad	No Ansiedad	0 (0)	1 (0,47)	1 (0,36)		IND	
	Ansiedad Leve	17 (26,99)	79 (37,44)	96 (35,04)		1	
	Ansiedad Moderada	40 (63,49)	113 (53,55)	153 (55,83)	0,436	1,64	(0,83;3,27)
	Ansiedad Severa	6 (9,5)	18 (8,53)	24 (8,76)		1,55	(0,47;4,98)
	Total	63	211	274			
Depresión	Depresión Leve	2 (3,17)	23 (10,90)	25 (9,12)		1	
	Depresión Moderada	47 (74,60)	168 (79,62)	215 (78,46)	0,008**	3,22	(0,7;20,5)
	Depresión Severa	14 (22,22)	20 (9,47)	34 (12,41)		8,05	(1,45;58,47)
Total		63	211	274			
Género	Femenino	49 (77,77)	134 (63,51)	183 (66,78)		2,01	(1; 4,1)
	Masculino	14 (22,22)	77 (36,49)	91 (33,21)	0,035*	1	
	Total	63	211	274			
Edad	< 0 igual 30 Años	11 (17,46)	25 (11,84)	36 (13,13)		1	
	31 A 55 Años	33 (52,38)	85 (40,28)	118 (43,06)	0,043*	0,88	(0,36;2,16)
	> 55 años	19 (30,16)	101 (47,86)	120 (43,79)		0,43	(0,17;1,10)
	Total	63	211	274			

* Significativo

* * Significativo al 0 y al 1% asociación OR con intervalo de confianza del 95%

Controlando género, edad, ansiedad y depresión, se encontró como factor de riesgo la depresión comparada con depresión leve para el SSI, sin que la agrupación de edad afectara los resultados (Tabla 4 y 5)

Tabla 4. Asociación Multivariada con Regresión Logística

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Genero (fem/mas)	,665	,344	3,737	1	,053	1,945	,991	3,819
Edadagr			3,025	2	,220			
Edadagr (31 a55/<30)	-,002	,427	,000	1	,997	,998	,432	2,306
edadagr(>55/<30)	-,556	,455	1,491	1	,222	,574	,235	1,400
ANSIED (Leve)			2,077	2	,354			
ANSIED(Mod/Leve)	,474	,336	1,992	1	,158	1,607	,832	3,104
ANSIED(Sev/Leve)	,172	,561	,094	1	,759	1,188	,396	3,564
DEPRESIÓN (Leve)			5,961	2	,051			
DEPRESIÓN(Mod/Leve)	1,053	,772	1,862	1	,172	2,867	,632	13,014
DEPRESIÓN(Sev/Leve)	1,818	,841	4,678	1	,031	6,161	1,186	32,001
Constante	-2,859	,941	9,228	1	,002	,057		

Tabla 5. Asociación Multivariada con Regresión Logística con grupos etáreos clasificados de 10 en 10.

Variables en la ecuación								I.C. 95,0% para EXP(B)	
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)		Inferior	Superior
Paso 1 Genero	,669	,346	3,733	1	,053	1,952		,990	3,846
ANSIED			1,683	2	,431				
ANSIED(1)	,432	,338	1,640	1	,200	1,541		,795	2,986
ANSIED(2)	,175	,566	,096	1	,757	1,192		,393	3,616
DEPRESIÓNdx			5,568	2	,062				
DEPRESIÓNdx(1)	1,056	,772	1,870	1	,171	2,875		,633	13,063
DEPRESIÓNdx(2)	1,787	,843	4,495	1	,034	5,972		1,145	31,158
edad10			3,387	4	,495				
edad10(1)	-,210	,579	,131	1	,717	,811		,261	2,521
edad10(2)	,152	,474	,103	1	,748	1,164		,460	2,946
edad10(3)	-,264	,496	,283	1	,594	,768		,291	2,029
edad10(4)	-,595	,479	1,539	1	,215	,552		,216	1,412
Constante	-2,828	,943	8,986	1	,003	,059			

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Genero, ANSIED, DEPRESIÓNdx, edad10.

9. DISCUSION

De acuerdo con los resultados de este estudio, la prevalencia de Síndrome de intestino irritable resultó mayor a la reportada en la literatura, siendo del 23 % para el presente estudio, contra un 14% encontrado en la literatura colombiana (14), estos dos estudios fueron realizados en poblaciones similares, con pacientes de la consulta externa de gastroenterología; la mayor diferencia entre estos estudios, se concentró en los criterios utilizados para diagnosticar el SII, ya que para los

pacientes de este estudio, se determinó dicho diagnóstico mediante los criterios Roma III, en el cual, los parámetros son considerablemente menos restrictivos que en los criterios Roma II (9), (lo que probablemente afectó la magnitud de la prevalencia en los dos tipos de poblaciones).

Sin embargo, se encontró una prevalencia similar al estudio realizado por Franco Leon Jiménez y colaboradores, en la revista de la sociedad Peruana de Medicina Interna en el 2009 quienes encontraron una incidencia de SII en un 22% con criterios Roma III de la población general; de tal forma que concuerda con literatura no Colombiana, en cuanto a que la mayor prevalencia de SII se encuentra en pacientes del género femenino y en los pacientes con edades comprendidas entre los 31 y los 55 años. (8)

Al comparar cada una de las categorías de depresión contra la depresión leve para pacientes con SII, se encontró una fuerte asociación entre la depresión severa y la presencia del mismo trastorno, pero contrario a lo encontrado en la literatura, la ansiedad moderada y severa comparada con la ansiedad leve no tiene asociación con el SII.(25); cabe aclarar que dicha comparación se realizó de esta forma debido a que dentro de la muestra, de acuerdo a la escala aplicada para la clasificación de ansiedad y depresión, todos los pacientes presentaron depresión y solo uno no presentaba ansiedad, (los pacientes de categoría leve en depresión y ansiedad leve, no requieren manejo farmacológico), aspecto que puede generar un sesgo al no permitir la comparación entre una población con ausencia de depresión y ausencia de ansiedad contra la población que presenta estas condiciones en un grado leve, moderado y severo concomitante con el SII.

En la población analizada, la mayoría de pacientes se encontraban por encima de los 50 años, edad en que la prevalencia de depresión y ansiedad se incrementa debido a los factores socioeconómicos y ambientales, que en estos rangos de edad se presentan con facilidad (7)

Teniendo en cuenta el perfil encontrado en los pacientes de la consulta de gastroenterología, el cual caracteriza a un grupo de pacientes más vulnerables al manifestar mayores niveles de ansiedad y depresión, y con unas condiciones sociodemográficas, diferentes que la población en general, es necesario realizar estudios de prevalencia de síndrome de intestino irritable con criterios diagnósticos ROMA III, tomando en cuenta criterios de edad, género, estado civil etc., con grupos específicos de la población para evaluar la incidencia del SII y comparar tanto sus niveles de prevalencia como los posibles factores asociados en los dos tipos de poblaciones.

La presencia de ansiedad encontrada en este estudio, fue diferente de las encontradas en la literatura, donde nos podría indicar que las diferencias socio-culturales, ejercen una influencia importante para la presentación de estos desórdenes en la población.(20) La prevalencia encontrada de este estudio fue de 99,64%, a diferencia de lo encontrado por Cruz y colaboradores en México 2007, con una frecuencia de ansiedad fue de 58%, y la reportada por la Revisión de

Bonet, Buenos Aires, que fue de 78%. (31) Esto nos lleva a pensar que la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de intestino irritable puede ser un factor causal de la falta de adherencia o de respuesta al tratamiento convencional en pacientes con dicho síndrome, motivo por el cual recomendamos la realización de futuros estudios aplicando escalas de depresión y ansiedad diferentes como la DSM IV, prueba diagnóstica que tiene una especificidad más alta que la escala usada de Zung, la cual se encuentra indicada para tamizajes, y así verificar la existencia o ausencia de ansiedad, depresión y la asociación con el SII.

No es claro si la depresión o la ansiedad generan el síndrome de intestino irritable o si es el SII quien desencadena estos trastornos, pero la asociación demostrada con la depresión severa, genera varios interrogantes acerca de la conveniencia y necesidad de implementar terapias, manejos conductuales, talleres de manejo de ansiedad y depresión, lo cual sumado a los tratamientos gástricos y ansiolíticos o antidepresivos serían generadores de ganancia en la relación costo beneficio.

Al establecer dicha asociación es importante considerar al paciente como un todo y valorarlo de forma integral y multidisciplinaria, con el fin de dar manejo a cada patología adicional que afecta el organismo y que genera diagnósticos difíciles y fallas en el tratamiento.

Dentro de los factores asociados con la mejoría de los trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión, se encuentra el ejercicio físico, el cual también se encuentra involucrado como tratamiento y coadyuvante del SII; cabe resaltar que Olmedilla, Ortega 2008, indicaron que las mujeres que practicaron actividad física manifestaron menores niveles de ansiedad y depresión que las mujeres sedentarias (6) y en ellas la incidencia de SII era menor; así, el ejercicio, aunque no fue medido en este estudio, debería ser parte activa del tratamiento de SII.

Como conclusión final, se puede decir que el SII, comúnmente manejado con terapias farmacológicas y dietarias convencionales, es un síndrome del que aún falta mucho por descubrir, tanto en su fisiopatología como en el manejo más adecuado para los pacientes que sufren de esta condición; sin embargo con los hallazgos de este estudio, en el cual se confirma la fuerte asociación del SII con la depresión, es necesario implementar estrategias, para generar un manejo multidisciplinario efectivo e idóneo.

10. RECOMENDACIONES

Como hemos resaltado anteriormente, es necesario realizar estudios de prevalencia de síndrome de intestino irritable con criterios diagnósticos ROMA III, con técnicas de muestreo diferentes, tanto en la población en general como en la población de la consulta de gastroenterología donde se encuentran la mayor

cantidad de pacientes diagnosticados con SII, para ver las diferencias en prevalencias y analizar factores determinantes.

Así mismo, es importante conducir paralelamente estudios donde se apliquen escalas de depresión y ansiedad con mayor especificidad como la DSM IV; ya que aunque la escala Zung ha sido aprobada para diagnóstico de ansiedad y depresión, ha sido utilizada como prueba de tamizaje por su alta sensibilidad; lo cual puede generar un número importante de falsos positivos.

Recomendamos realizar estudios experimentales o de intervención, donde se evalúen la adherencia a los medicamentos y la respuesta al manejo con antidepresivos y antiansiolíticos, con el fin de determinar la existencia de asociación entre no respuesta al tratamiento y la presencia de ansiedad o depresión en pacientes con SII.

Sería importante, determinar si los pacientes con SII, que responden al tratamiento para dicho síndrome, con antidepresivos o antiansiolíticos, lo hacen porque dicho medicamento actúa a nivel gastrointestinal o porque, a pesar de manejar bajas dosis, se está tratando paralelamente las patologías mencionadas.

11. ANEXOS

Anexo 1.

CUADRO OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CODIGO	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
GENERO	1.Masculino 2.Femenino	Cualitativa	Nominal
Fecha de nacimiento		Cuantitativa	De razón
Edad		Cuantitativa	Continua
Fecha de entrevista			
Le han diagnosticado alguna enfermedad de tipo psiquiátrico	1. SI 2. NO	Cualitativa	Nominal
Recibe manejo con antidepresivos o ansiolíticos	1. SI 2. NO	Cualitativa	Nominal
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE			
En los últimos 6 meses ha presentado alguna vez dolor abdominal o cambios en las deposiciones	1. SI 2. NO	Cualitativa	Nominal
En los últimos tres (3) meses ha presentado de forma constante Dolor abdominal (si la respuesta es si, pase a las dos siguientes)	1. SI 2. NO	Cualitativa	Nominal
Este dolor mejora con la deposición	1. SI 2. NO	Cualitativa	Nominal
Ha cambiado la consistencia de las deposiciones	1. SI 2. NO	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	CODIGO	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
Recibe algún tratamiento para este tipo de alteraciones	1. SI 2. NO	Cualitativa	Nominal
Ha sentido mejoría con este tratamiento	1. SI 2. No	Cualitativa	Nominal
EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN ESCALA VALIDADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD (Zung 1971)			
Se siente abatido y melancólico	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
En la mañana es cuando se siente mejor	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Tiene accesos de llanto o deseos de llorar	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Le cuesta trabajo dormirse en la noche	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Come igual que antes	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Mantiene su deseo, interés sexual y/o disfruta de las relaciones sexuales.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Nota ha perdido peso.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Tiene molestias de estreñimiento.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
El corazón le late más aprisa que de costumbre.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente	Cualitativa	Ordinal

	4.Siempre/la mayoría tiempo		
VARIABLE	CODIGO	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
Se cansa aunque no haga nada.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Tiene la mente tan clara como antes.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Le resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Se siento intranquilo y no puede mantenerse quieto.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Tiene esperanza en el futuro.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Esta más irritable de lo usual.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Le resulta fácil tomar decisiones.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Siente que es útil y necesario.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Su vida tiene bastante interés.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Siente que los demás estarían mejor si usted muriera.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Todavía disfruta con las mismas cosas que antes disfrutaba.	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal

VARIABLE	CODIGO	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
EVALUACIÓN DE ANSIEDAD ESCALA VALIDADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD (Zung 1971)			
Me siento más ansioso y nervioso de lo normal	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Siente miedo sin ver razón para ello	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Se enfada con facilidad o siente momentos de mal humor	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Siente que toda va bien y nada malo va a suceder	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Se siente molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Se siente tranquilo y puede permanecer sentado fácilmente	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Esta preocupado por la presencia de momentos de mareo	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Puede respirar bien con facilidad	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Se siente molesto por los dolores de estómago o indigestiones	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Siente las manos secas y cálidas	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal

VARIABLE	CODIGO	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
Puede dormir con facilidad y descansar bien	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal
Tiene pesadillas	1.Nunca o muy pocas veces 2.Algunas veces 3.Frecuentemente 4.Siempre/la mayoría tiempo	Cualitativa	Ordinal

Anexo 2. ENCUESTA

Encuesta número: _____

Fecha de la encuesta: _____

Consentimiento informado:

A continuación se le realizará una serie de preguntas encaminadas a establecer si usted presenta o no una enfermedad denominada síndrome de intestino irritable y a determinar si presenta algún grado de ansiedad o depresión. Esta información es confidencial, su único fin es realizar un estudio que permite verificar la existencia o no de asociación entre las patología mencionadas. La decisión de responder o no al presente cuestionario y libre.

Acepto

1. Nombre del paciente

2. Género

- Femenino _____

- Masculino _____

3. Fecha de nacimiento

Día ____ Mes _____ Año _____

4. Edad

_____ años

5. Le han diagnosticado alguna enfermedad de tipo psiquiátrico

- Si _____

- No _____

Cuál? _____

6. Recibe manejo con antidepresivos o ansiolíticos

- Si _____

- No _____

- Cuál? _____

7. En los últimos 6 meses ha presentado alguna vez dolor abdominal o cambios en las deposiciones

- Si _____

- No _____

8. En los últimos tres (3) meses ha presentado de forma constante Dolor abdominal (si la respuesta es si, pase a las dos siguientes)

- Si _____

- No _____

9. Este dolor mejora con la deposición

- Si _____

- No _____

10. Ha cambiado la consistencia de las deposiciones

- Si _____

- No _____

11. Recibe algún tratamiento para este tipo de alteraciones

- Si _____

- No _____

Cuál? _____

12. Ha sentido mejoría con este tratamiento?

- Si _____
- No _____

13. Se siente abatido y melancólico?

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

14. En la mañana es cuando se siente mejor

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

15. Tiene accesos de llanto o deseos de llorar

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

16. Le cuesta trabajo dormirse en la noche

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

17. Come igual que antes

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

18. Mantiene su deseo, interés sexual y/o disfruta de las relaciones sexuales

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

19. Nota que ha perdido peso.

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

20. Tiene molestias de estreñimiento.

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

21. El corazón le late más aprisa que de costumbre.

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

22. Se cansa aunque no haga nada.

1. Nunca o muy pocas veces _____

2. Algunas veces _____

3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

23. Tiene la mente tan clara como antes.

1. Nunca o muy pocas veces _____

2. Algunas veces _____

3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

24. Le resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.

1. Nunca o muy pocas veces _____

2. Algunas veces _____

3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

25. Se siento intranquilo y no puede mantenerse quieto.

1. Nunca o muy pocas veces _____

2. Algunas veces _____

3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

26. Tiene esperanza en el futuro.

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

27. Esta más irritable de lo usual.

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

28. Le resulta fácil tomar decisiones.

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

29. Siente que es útil y necesario

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

30. Su vida tiene bastante interés.

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

31. Siente que los demás estarían mejor si usted muriera.

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

32. Todavía disfruta con las mismas cosas que antes disfrutaba

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

33. Se siento más ansioso y nervioso de lo normal

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

34. Siente miedo sin ver razón para ello

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

35. Se enfada con facilidad o siente momentos de mal humor

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

36. Siente que toda va bien y nada malo va a suceder

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

37. Se siente molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

38. Se siente tranquilo y puede permanecer sentado fácilmente

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

39. Esta preocupado por la presencia de momentos de mareo

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____
- 4. Siempre / la mayoría tiempo _____

40. Puede respirar bien con facilidad

- 1. Nunca o muy pocas veces _____
- 2. Algunas veces _____
- 3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

41. Se siente molesto por los dolores de estómago o indigestiones

1. Nunca o muy pocas veces _____

2. Algunas veces _____

3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

42. Siente las manos secas y cálidas

1. Nunca o muy pocas veces _____

2. Algunas veces _____

3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

43. Puede dormir con facilidad y descansar bien

1. Nunca o muy pocas veces _____

2. Algunas veces _____

3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

44. Tiene pesadillas

1. Nunca o muy pocas veces _____

2. Algunas veces _____

3. Frecuentemente _____

4. Siempre / la mayoría tiempo _____

Muchas gracias por su tiempo y sus respuestas

12. BIBLIOGRAFIA

1. D. Gómez Álvarez, J. Morales Vargas, L. Rojas Medina, S. Mújica Oviedo, P. Camacho López, G. Rueda Jaimes. *Gastroenterología y Hepatología*, Volume 32, Issue 6, Pages 395-400.
2. Fermín Mearin, Antonia Perelló, Agustín Balboa. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Servicio de Aparato Digestivo Centro Médico Teknon. Los Nuevos Criterios Roma III para los trastornos funcionales digestivos. Barcelona
3. Sepulveda, R. C. Síndrome de Intestino Irritable. *Medicina Universitaria* Vol. 8. (2010).
4. Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Talley NJ, Fett SL, Melton LJ 3rd. Familial association in adults with functional gastrointestinal disorders. *Mayo Clinic Proc* 2000; 75: 907-12.
5. Serra J, Azpiroz F, Malagelada JR. Impaired transit and tolerance of intestinal gas in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2001; 48: 14-9.
6. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65: 528-33
7. Otero, W. Síndrome de Intestino Irritable. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, (2005). 20 (4), 11.
8. Thompson WG. The Road To Rome. In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller RC, Talley NJ, Thompson WG and Whitehead WE, ed. *ROME III The Functional Gastrointestinal Disorders*. 3 ed. Degnon Associates Mc Lean, Virginia USA, 2006, pp 855-65.
9. Sperber AD y cols. A comparative reappraisal of the Rome II and Rome III diagnostic criteria: are we getting closer to the 'true' prevalence of irritable bowel syndrome?. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2007 Jun;19(6):441-7.
10. Mearin Fermín. Síndrome del Intestino Irritable: utilidad de los criterios diagnósticos (Nuevos criterios diagnósticos de Roma III). Ed. M.A. Gassull, A. Obrador, F. Gomollón, J. Hinojosa. Arán Ediciones, S. L. Madrid 2007.
11. Sandler Rs, Everhart Je, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C Et Al. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology* 2002; 122: 1500-11.
12. Germán Manuel Tovar Fierro. Exámenes diagnósticos de síndrome de intestino irritable. *Asociación Colombiana de Gastroenterología*. 2003
13. Franco León-Jiménez¹, Fernando Cubas-Benavides. Características clínicas del Síndrome de Intestino Irritable en pacientes de dos centros asistenciales. *Rev Soc Peru Med Interna* 2009; vol 22

14. Fermín Mearín, M. A. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE, Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Centro Médico Teknon de Barcelona.
15. A. Balboa, J. (n.d.). Tratamiento del síndrome de intestino Irritable. Presente y Futuro. (www.jano.es)
16. Thompson WG, Creed F, Drossman DA, Heaton KW, Mazzacca G. Functional bowel disease and functional abdominal disease. *Gastroenterology International* 1992; 5:75-91.
17. Guía de Práctica Clínica, Síndrome de Intestino Irritable. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Septiembre de 2005.
18. D. Gómez Álvarez, J. Morales Vargas, L. Rojas Medina, S. Mújica Oviedo, P. Camacho López, G. Rueda Jaimes. *Gastroenterología y Hepatología*, Volume 32, Issue 6, Pages 395-400.
19. Down, DT (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 413-423.
20. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D.G. Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 39, 85-96.
21. Lehtinen, V and Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: Prevalence. Risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 377, 50-58.
22. Matud, M. P., Guerrero, K. and Matias, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
23. Rodié, Usall. Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura. San Juan de Dios. Centro de Salud Mental. *Actas especiales de Psiquiatría*, 2001: 29 (4): 269-274.
24. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8.
25. Urretavizcaya M, Baca E, Alvarez E., et al. Conceptos prácticos para la clasificación y el manejo de la depresión a largo plazo. *Actas Especiales de Psiquiatría* 2008. 4-11.
26. Hopkinson G. The onset of affective illness. *Psychiatr Neurol (Basel)* 1963; 146: 133-40.
27. BARLOW, D. H. y MASER, J. D. (1984), Psychopathology in anxiety disorders, *J. Behav, Assess*; 6:331-334
28. Goldberg, DP & Lecrubier, Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. En : Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) *Mental illness in general health care. An international study*.
29. American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV-TR). Barcelona: Masson.

30. Blanchard, E. B., & Scharff, L. (2002). Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 725–738.
31. Cruz Ruíz Mauricio Alberto, Ortiz Herrera Rubí Berenice, Muñiz Jurado Damariz, Padierna Luna José Luis. Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable *Revista Gastroenterología de México* 2007; 72(1) : 29-3
32. Weinryb R, et al. Psychological factors in irritable bowel syndrome: a population - based study of patients, non - patients and controls. *Scand J Gastroenterology* 2003; 38: 503 - 10
33. Posserud I, et al. Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress. *Gut* 2004; 53: 1102-08.
34. Morgan V, et al. Amitriptyline reduces rectal pain related activation of the anterior cingulate cortex in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 2005; 54: 601-7.
35. Vahedi H, et al. The effect of fluoxetine in patients with pain and constipation predominant irritable bowel syndrome: a double-blind randomized- controlled study. *Aliment Pharm Ther* 2005; 22: 381-5
36. Zung WWK. Self-report depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 12: 63-70
37. Pareja-Ángel J, Campo-Arias A. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con migraña. *Rev Neurol* 2004; 39: 711-714.
38. Aragonés E, Masdeu RM, Cando G, Coll G. Validez diagnóstica de la Self-rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29: 310-316.
39. Díaz Luis Alfonso, MD y cols. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colombia médica*. Vol.36 N°3 2005 (julio-septiembre)