

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**SÍNDROME ANSIOSO Y DEPRESIVO EN SÍNDROME DE  
INTESTINO IRRITABLE EN EL HOSPITAL NACIONAL  
SERGIO E. BERNALES, ENERO DEL 2018**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
BHENJY RAÚL MAYTA LOZANO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2018**

**ASESOR**

Dr. Luis Sandro Florián Tutaya

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis profesores y amigos, que colaboraron en mí formación y han sido parte del crecimiento personal y profesional

## **DEDICATORIA**

A mi madre, un ejemplo como profesional y a mi familia, aunque lejos de mí, siempre sentí su apoyo incondicional durante los siete años de carrera profesional

## RESUMEN

### **Objetivos:**

Conocer la prevalencia del síndrome ansioso y depresivo en síndrome de intestino irritable en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, enero del 2018.

### **Materiales y métodos:**

El método para esta investigación fue prospectivo, de corte transversal. Se seleccionó la muestra por conveniencia a partir de los pacientes que se atendieron en el consultorio de gastroenterología, tanto nuevo como continuadores con el diagnóstico de síndrome de intestino irritable, aplicándoles un cuestionario para detallar las características sociodemográficas y los inventarios de depresión de Beck II y de ansiedad de Beck con el fin de conocer la prevalencia del síndrome ansioso y depresivo.

### **Resultados:**

Un total de 84 pacientes se les aplicó el cuestionario sociodemográfico y los inventarios, solo 76 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El promedio de edad de pacientes fue de 39 años, predominando el sexo femenino (64%) y el nivel de educación superior (42%). Al evaluar los inventarios se encontró una prevalencia de 68% de pacientes con síndrome ansioso y un 24% con síndrome depresivo.

### **Conclusiones:**

Se encontró que el total de pacientes encuestados con síndrome de intestino irritable, 52 (68%) pacientes tienen como co-morbilidad un síndrome ansioso y 18 (24%) sufren de un síndrome depresivo en el transcurso de la enfermedad.

### **Palabras clave:**

Síndrome de intestino irritable, síndrome depresivo, síndrome ansioso

## **ABSTRACT**

### **Objectives:**

To know the prevalence of anxious and depressive syndrome in irritable bowel syndrome at the Sergio E. Bernales National Hospital, January 2018.

### **Materials and Methods:**

The method for this investigation was prospective, cross-sectional. The sample was selected for convenience from the patients who attended the gastroenterology office, both new and continuing with the diagnosis of irritable bowel syndrome, applying a questionnaire to detail the sociodemographic characteristics and inventories of Beck II depression and of anxiety of Beck in order to know the prevalence of the anxious and depressive syndrome.

### **Results:**

A total of 84 patients were applied the questionnaire and the inventories, only 76 met the inclusion and exclusion criteria. The average age of the patients was 39 years, predominantly female (64%) and higher education level (42%). When evaluating the inventories, a prevalence of 68% of the patients with anxious syndrome and 24% with depressive syndrome was found.

### **Conclusions:**

It was found that the total number of patients surveyed with irritable bowel syndrome, 52 (68%) patients have as co-morbid syndrome an anxious UN and 18 (24%) suffer from a depressive syndrome during the course of the disease.

### **Keywords:**

Irritable bowel syndrome, depressive syndrome, anxious syndrome

## **PRESENTACIÓN**

El síndrome de intestino irritable (SII), perteneciente al grupo de las enfermedades funcionales digestivas, se caracteriza por presentar dolor abdominal y/o malestar, sin ninguna demostración estructural y bioquímica anormal. Basado en el predominante hábito intestinal, los criterios de Roma III clasifican el SII en cuatro subtipos: SII con diarrea (SII-D), SII con estreñimiento (SII-C), SII mixto (SII-M) y SII sin subtipo.

El SII afecta aproximadamente el 10 al 15% de los adultos en todo el mundo y conduce a una reducción significativa en las actividades diarias de los pacientes y calidad de vida, representando una considerable cantidad de recursos médicos. Muchos factores contribuyen al desarrollo del SII, incluida la percepción del dolor visceral alterado, la inflamación intestinal de bajo grado, el cambio en la microbiota y los factores psicosociales.

La compleja fisiopatología del SII ha planteado desafíos para desarrollar intervenciones efectivas, y las ganancias terapéuticas con terapias farmacológicas convencionales han sido marginales.

En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales se pretende encontrar la prevalencia de síndrome ansioso y depresivo en el SII. Esto a fin de recomendar a los médicos gastroenterólogos que, al momento de diagnosticar dicho síndrome, es necesario una interconsulta por psiquiatría y/o psicología para descartar ansiedad y/o depresión.

## ÍNDICE

	Pág.
1. CARATULA .....	I
2. ASESOR .....	II
3. AGRADECIMIENTOS .....	III
4. DEDICATORIA .....	IV
5. RESUMEN .....	V
6. ABSTRACT .....	VI
7. PRESENTACIÓN .....	VII
8. INDICE .....	VIII
9. LISTA DE TABLAS .....	X
10. LISTA DE GRÁFICOS .....	XI
11. LISTA DE ANEXOS .....	XII
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....</b>	<b>1</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	2
1.4. OBJETIVOS .....	2
1.4.1. GENERAL .....	2
1.4.2. ESPECÍFICOS .....	3
1.5. PROPÓSITO .....	3
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS .....	4
2.2. BASE TEÓRICA .....	8



2.3. HIPÓTESIS.....	36
2.4. VARIABLES.....	36
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	36
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>38</b>
3.1. TIPO DE ESTUDIO .....	38
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	38
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	38
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	39
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	41
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	41
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
4.1. RESULTADOS.....	42
4.2. DISCUSIÓN.....	48
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>49</b>
5.1. CONCLUSIONES.....	49
5.2. RECOMENDACIONES:.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
BIBLIOGRAFÍA .....	62
ANEXOS .....	63

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA N°1:</b>	<b>Pág.</b>
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según rango de edad.	<b>42</b>
<b>TABLA N°2:</b>	<b>43</b>
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según sexo.	
<b>TABLA N°3:</b>	<b>44</b>
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según estado civil.	
<b>TABLA N°4:</b>	<b>45</b>
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según nivel de instrucción.	
<b>TABLA N°5:</b>	<b>46</b>
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable con presencia del síndrome ansioso.	
<b>TABLA N°6:</b>	<b>47</b>
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable con presencia del síndrome depresivo.	

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N°1:</b>	<b>Pág.</b>
Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable según rango de edad.	<b>42</b>
<b>GRÁFICO N°2:</b>	
Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable según sexo.	<b>43</b>
<b>GRÁFICO N°3:</b>	
Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable según estado civil.	<b>44</b>
<b>GRÁFICO N°4:</b>	
Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable según nivel de instrucción.	<b>45</b>
<b>GRÁFICO N°5:</b>	
Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable con presencia del síndrome ansioso.	<b>46</b>
<b>GRÁFICO N°6:</b>	
Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable con presencia del síndrome depresivo.	<b>47</b>

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO N°1:</b>	<b>Pág.</b>
Operacionalización de variables	<b>64</b>
<b>ANEXO N°2:</b>	
Instrumentos	<b>65</b>
<b>ANEXO N°3:</b>	
Validez de los instrumentos – consulta de expertos	<b>70</b>
<b>ANEXO N°4:</b>	
Matriz de consistencia	<b>88</b>
<b>ANEXO N°5:</b>	
Autorización para la aplicación del instrumento	<b>91</b>
<b>ANEXO N°6:</b>	
Informe de porcentaje de coincidencia	<b>92</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es el desorden más frecuente en la consulta de primer nivel con referente al sistema gastrointestinal. La mayoría de las evidencias en este campo tiene ciertas limitaciones con referencia al método de estudio, como el diseño de corte transversal, poblaciones de pacientes seleccionados y el desconocimiento en la delimitación de los síndromes somáticos funcionales (SSF), incluido el SII. Recientemente, el SII se ha definido como un trastorno de la interacción intestino-cerebro; es por eso que los estudios centrados en el SII y el desarrollo posterior de comorbilidades mentales y funcionales se han convertido en un interés creciente. Sin embargo, el foco está en los casos de "no-SII" y "SII", aunque otros estudios basados en la población han demostrado la importancia de ampliar la perspectiva a las personas que no cumplen con el grupo de síntomas del SII. Además, otros estudios basados en la población han demostrado que la vulnerabilidad mental, la ansiedad por enfermedad y la carga de síntomas somáticos predicen el desarrollo del SII indican la necesidad de abordar los factores somáticos y psicológicos en el examen temprano de individuos con SII. La vulnerabilidad mental representa un estado sintomático relacionado con la somatización y un rasgo de personalidad relacionado con el neuroticismo. Se ha demostrado que la inestabilidad emocional (neuroticismo) es un marcador de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales comunes (TMC). Además, tanto el neuroticismo como la somatización se han relacionado al desarrollo del SII y de otros SSF. Por lo tanto, se justifican los estudios basados en la población a largo plazo que tengan en cuenta los factores psicosociales, como la vulnerabilidad mental.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de síndrome ansioso y depresivo en el síndrome de intestino irritable?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Las razones por las que se desarrolla el presente trabajo es generar nuevos conocimientos acerca de la prevalencia del síndrome ansioso y depresivo en el SII al haber pocos estudios actuales, en donde influye los criterios que se utilizan al diagnosticar el SII, pues se hace modificaciones y mejoras al pasar de los años, pero al haber vicisitudes en los trabajos de investigación que toman diferentes criterios de Roma, hay un punto de comparación dudoso con respecto a la realidad de la prevalencia de estos pacientes y por sus consiguientes complicaciones.

Si se encuentra una alta prevalencia, se podría recomendar descartar un trastorno psiquiátrico y fomentar a los médicos gastroenterólogos que se enfoquen también en descartar un síndrome ansioso y depresivo, ya que al no hacerlo, el tratamiento de primera elección sería un tratamiento farmacológico para la sintomatología, así haciendo un gasto al paciente sin un resultado favorable, además afectando psicológicamente al paciente por no resolver sus problemas médicos y en ocasiones agravar la propia enfermedad.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. GENERAL**

- Conocer la prevalencia del síndrome ansioso y depresivo en síndrome de intestino irritable en el Hospital Nacional Sergio E. Bernal, enero del 2018.

#### **1.4.2. ESPECÍFICOS**

- Detallar las características sociodemográficas del síndrome de intestino irritable en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, enero del 2018.
- Identificar a los pacientes con síndrome de intestino irritable que tienen como co-morbilidad el síndrome ansioso por medio del inventario de ansiedad de Beck, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, enero del 2018.
- Identificar a los pacientes con síndrome de intestino irritable que tienen como co-morbilidad el síndrome depresivo por medio del inventario de depresión de Beck II, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, enero del 2018.

#### **1.5. PROPÓSITO**

El propósito de esta investigación fue conocer con más profundidad la enfermedad; debido a que el autor sufre del síndrome en estudio y sus complicaciones (ansiedad y depresión) que se presentaron en su etapa escolar (secundaria), exacerbándose las molestias abdominales recurrentemente durante sus estudios en medicina humana por el estrés que esta acarrea, así no desempeñando en un 100% el rendimiento académico.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

Venancio en el año 2017, estudió los “Factores de riesgo asociados a síndrome de intestino irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma”, su objetivo fue hallar los casos nuevos y antiguos y los factores de riesgo en los alumnos de medicina con síndrome de intestino irritable, en la Universidad Ricardo Palma, siguiendo un estudio observacional, analítico, de corte transversal, obteniendo por medio del muestreo a 207 estudiantes. Teniendo como resultados que ser mujer, no hacer ejercicio cotidianamente, dormir 5 horas o menos, padecer de una patología crónica, el estrés y tanto la ansiedad son factores de riesgo. El antecedente de patología crónica, la presencia de ansiedad, definen como predictores al ser estadísticamente significativos<sup>1</sup>.

Banerje y colegas en el año 2017, estudió “Ansiedad y depresión en el síndrome de intestino irritable”, su objetivo fue evaluar del síndrome de intestino irritable la prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con controles sanos, para explorar la relación con varios subtipos de SII. Cincuenta pacientes consecutivos de SII entre 18 y 65 años de edad y cincuenta controles sanos emparejados por edad y sexo fueron evaluados por la presencia de ansiedad y depresión usando la Escala de Evaluación de Ansiedad de Hamilton (HAMA) y Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD), respectivamente. Concluyendo que los altos casos nuevos y antiguos de patologías psiquiátricas como la depresión y la ansiedad en las muestras de SII en nuestro estudio proporciona evidencia a favor de la detección adecuada de estos trastornos en las clínicas gastrointestinales. El reconocimiento y el tratamiento de estas comorbilidades pueden mejorar la calidad de vida y los resultados<sup>2</sup>.

Ramos en el año 2015, estudió la “Depresión y síndrome de intestino irritable en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, su objetivo fue determinar el grado de



asociación entre síndrome de intestino irritable y el síndrome depresivo, y detallar la varianza de esta relación de acuerdo al tipo de SII. Se identificó 54 pacientes con el SII y 54 controles con dispepsia cruzados por edad y sexo, se cuantificó la depresión con el puntaje de Zung y se analizó la magnitud de asociación entre depresión y SII, así como el cambio de la magnitud de esta asociación según el tipo. Se concluyó que los pacientes con SII presentaron frecuentemente más depresión en comparación a los pacientes sanos, viéndose más a los tipos de estreñimiento y diarrea<sup>3</sup>.

Vargas y colegas en el año 2015, estudiaron “Superposición del síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional basados en los criterios de ROMA III en estudiantes de medicina de una universidad privada”, donde tuvieron como objetivo hallar los casos nuevos y antiguos del SII y dispepsia funcional. Asimismo, conocer los factores asociados a estas patologías. Usaron cuestionarios basado en Roma III y auto aplicado STEPwise para el consumo de alcohol y tabaco. Se halló una prevalencia de SII del 12.4%, de dispepsia del 16.9% y ambas enfermedades al mismo tiempo de 7.1%<sup>4</sup>.

Kibune y colegas en el año 2015, estudiaron “Subtipos de síndrome de intestino irritable (SII): características clínicas y psicológicas, índice de masa corporal y las co-morbilidades”, donde tuvieron como objetivo investigar si hay diferencias en las características clínicas, las co-morbilidades, la ansiedad, la depresión y el índice de masa corporal (IMC) entre los subtipos de SII. Estudiaron a un grupo de 113 pacientes consecutivos con el diagnóstico del SII. Todos ellos respondieron a un cuestionario estructurado para los datos demográficos, clínicos y se sometieron a una endoscopia superior. La ansiedad y la depresión se evaluaron por la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Concluyendo que el SII-M se caracteriza por síntomas frecuentemente reportado, por tanto, mayores niveles de SII-C (esfuerzo) y el SII-D (urgencia) de la ansiedad, y la alta

prevalencia de co-morbilidades. Estas características deben ser considerados en el manejo clínico de este subgrupo<sup>5</sup>.

Lee y colegas en el año 2015, en su estudio “Riesgo de trastornos psiquiátricos siguientes al Síndrome del Intestino Irritable: un estudio de cohorte poblacional a nivel nacional” tuvo por objetivo explorar la relación entre el SII y el posterior desarrollo de trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, y trastorno al dormir. Se seleccionaron a los pacientes que fueron diagnosticados con SII causadas por la gastroenteritis, según los datos de la base de datos de Taiwán National Health Insurance Research Database. Una cohorte de comparación se formó de los pacientes sin SII, quienes fueron agrupados según la edad y el sexo. Concluyendo que el SII puede aumentar el riesgo de posteriores trastornos depresivos, trastorno de ansiedad, trastorno del sueño, y trastorno bipolar. Los cocientes de riesgos son mayores para estos trastornos en 1 año desde el diagnóstico de SII, pero el riesgo sigue siendo estadísticamente significativa durante más de 5 años. Los médicos deben prestar especial atención a las co-morbilidades psiquiátricas en pacientes con SII<sup>6</sup>.

Farup y Hestad en el año 2015, en su estudio de “Funciones cognitivas y depresión en pacientes con síndrome de intestino irritable” su objetivo principal fue asociar la depresión y funciones cognitivas en pacientes con SII. Analizaron el SII con los criterios de Roma III, las funciones cognitivas (se aplicó una batería de pruebas neuropsicológicas) y la depresión (medido con el inventario de depresión de Beck II y la escala de depresión de Montgomery-Asberg) en pacientes con depresión idiopática y en pacientes con síntomas neurológicos inespecíficos. Entre 18 y 48 pacientes con una edad media de 47 y 45 años fueron incluidos en el grupo de "Depresión" y "neurológica", respectivamente. Concluyendo que el SII se asocia con la depresión, pero no con las funciones cognitivas deterioradas. Ya que la depresión idiopática se asocia

con déficits cognitivos, los resultados podrían indicar que la depresión en pacientes con SII se diferencia de una depresión idiopática<sup>7</sup>.

Baysoy y colegas en el año 2014, en su estudio de “La prevalencia del síndrome de intestino irritable en los adolescentes en Turquía: efectos del sexo, estilo de vida y factores psicológicos”, el objetivo de este estudio es determinar los casos nuevos y antiguos del síndrome de intestino irritable en los adolescentes que están a punto de comenzar sus estudios universitarios y para identificar el estilo de vida y factores psicológicos relacionados con el síndrome del intestino irritable. Todos los estudiantes de nuevo ingreso en Abant İzzet Baysal University durante el curso 2005-2006 fueron reclutados. Los cuestionarios que incluyen el cuestionario de Roma II, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo fueron enviados a las direcciones de los estudiantes elegibles antes de la matrícula de la universidad. La suma de los casos nuevos y antiguos del SII en esta población adolescente es similar a la reportada en otros estudios. La asociación del SII con la depresión debe guiar los esfuerzos preventivos y terapéuticos para este grupo de edad específico<sup>8</sup>.

Fond y colegas en el año 2014, en su estudio “Ansiedad y depresión comorbilidades en el síndrome del intestino irritable (SII): una revisión sistemática y meta-análisis” tuvo como objetivo determinar las asociaciones del SII y cada uno de sus subtipos (SII-D, SII-C, SII-M) con ansiedad y/o depresión. Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis utilizando cinco bases de datos electrónicas (PubMed, PsychINFO, BIOSIS, Science Direct, y Cochrane CENTRAL). Se seleccionaron los estudios de casos y controles que compararon los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes con SII con los controles sanos, utilizando escalas de evaluación estandarizadas. Los pacientes con SII tenían niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión que los controles sanos. La ansiedad y la sintomatología de depresión deben ser revisados de forma sistemática y serán tratados en los pacientes con SII, como

factores psicológicos son importantes moderadores de la intensidad de los síntomas, la permanencia de los malestares, la decisión de buscar tratamiento, y la respuesta al tratamiento<sup>9</sup>.

Mazariegos en el año 2014 estudio la “Prevalencia del síndrome de intestino irritable, según criterios de Roma III, en estudiantes de medicina y personal de enfermería del Hospital Roosevelt” con el objetivo de hallar los casos nuevos y antiguos del síndrome de intestino irritable, según los criterios de Roma III y los factores psicológicos y estilos de vida relacionados. Su diseño de estudio es transversal, descriptivo, observacional, donde la muestra fue de 220 estudiantes de medicina externos e internos y personal de enfermería de los departamentos de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, Guatemala. Concluyeron que la prevalencia del SII fue de 29.8%, siendo significativamente mayor en las mujeres. Factores psicológicos, como ansiedad y depresión se encuentra asociados al SII<sup>10</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **Síndrome de Intestino Irritable**

#### **Definición**

Es un trastorno gastrointestinal funcional común que se asocia con costos sustanciales para los pacientes, los sistemas de atención médica y la sociedad. Aproximadamente la mitad de los pacientes con SII informan síntomas mentales y somáticos<sup>11-15</sup>. En un estudio basado en la población noruega, la presencia de síntomas como comorbilidad más allá de los síntomas del SII se asoció con un mayor deterioro funcional, mayor angustia psicológica y mayor uso de la atención sanitaria. Por lo tanto, los pacientes con SII tienen una mayor prevalencia de trastornos, especialmente la ansiedad y la depresión. Además, el SII tiene una superposición de síntomas significativa con otros trastornos gastrointestinales

funcionales como la dispepsia y los síndromes somáticos funcionales (SSF), por ejemplo, la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica<sup>16,17</sup>. Estos hallazgos ilustran la necesidad de más conocimiento sobre el pronóstico del SII, por ejemplo, el desarrollo potencial de comorbilidades mentales y funcionales. Este conocimiento podría orientar a los médicos y a los responsables de la formulación de políticas en las decisiones relacionadas con el tratamiento, la prevención de enfermedades y las estrategias de promoción de la salud<sup>18,19</sup>.

### **Epidemiología**

Los criterios diagnósticos no se han estandarizado en el tiempo y tienen un gran margen de error en su aplicación<sup>18,19</sup>. La definición de casos en los estudios epidemiológicos es, por lo tanto, difícil y puede haber oportunidades limitadas para la determinación de los casos. No existe una terapia específica o estandarizada, con muchas de las preparaciones disponibles sin receta y algunos pacientes que no requieren ningún medicamento, por lo que los datos de prescripción tienen un uso limitado<sup>20,21</sup>. Los métodos elegidos para definir y determinar los casos claramente afectarán el número de casos encontrados<sup>22</sup>.

Los síntomas asociados con el SII son comúnmente experimentados en la población, tienen un comienzo insidioso y con frecuencia no resultan en atención médica. En consecuencia, hay discrepancia entre la incidencia de la primera aparición de síntomas, que ocurre dentro de la comunidad, y el primer diagnóstico de SII, que ocurrirá después de visitar a un médico. En consecuencia, pocos estudios calculan la incidencia de SII<sup>21,23</sup>.

Muchos pacientes no buscan atención médica para los síntomas indicativos del SII<sup>23</sup>. Las estimaciones de la proporción que asisten a atención primaria por sus síntomas están entre 10% y 70%<sup>24</sup>. En el Reino Unido, las estimaciones de la proporción que consulta varían desde 30% a 50%<sup>25-27</sup>. Las tasas de consulta informadas de personas con síntomas también varían en los estudios de Alemania, entre 10% y 50%<sup>27</sup>. Pidiéndoles a las personas que recuerden si

consultaron a un médico de atención primaria acerca de sus síntomas, muestra que la proporción de pacientes que informan que han asistido a la atención primaria varía considerablemente según el país en toda Europa<sup>27</sup>. La mayor proporción se encuentra en Italia, con un 50% de consultas; 30% consulta en los Países Bajos, 20% en Bélgica y 10% en Suiza, Francia y España<sup>27,28</sup>. Estas diferencias pueden reflejar nuevamente las diferencias en los criterios de diagnóstico empleados, la aceptabilidad percibida de los síntomas y la facilidad de acceso a la atención primaria, que varía a través de diferentes sistemas de atención médica. Estos estudios también están limitados al confiar en que los individuos recuerden su comportamiento. Los estudios de EE. UU. Informan de forma más consistente que el 30% de las personas con síntomas consultarán y, de estos pacientes, el 80% tienen SII-D<sup>16,29,30,31</sup>.

### **Fisiopatología:**

Hasta el momento se desconoce cuáles son los procesos patológicos por los que se ocasiona el SII. Fuera crédulo razonar que el SII tiene un solo origen con las manifestaciones clínicas floridas que presenta<sup>11</sup>.

La fisiopatología del SII es compleja y se considera que se debe a la combinación de varios factores, tales como las anomalías motoras, tales como aumento de la frecuencia e irregularidad de las contracciones de la luz, tiempo de tránsito prolongado con predominio de estreñimiento y una respuesta motora exagerada a la colecistocinina e ingestión de comida con síntomas prominentes de diarrea; aumentando la sensación en varios receptores en la pared intestinal en respuesta a estímulos que conducen a la distensión e hinchazón; activación del sistema inmune de la mucosa caracterizada por alteraciones de las células inmunes en particular y marcadores que conducen a una mayor liberación de óxido nítrico, histamina y proteasas<sup>33,34</sup>. Estos, a su vez, estimulan el sistema nervioso entérico y conducen a una respuesta motora anormal y visceral dentro del intestino, aumentando el riesgo asociado con virus, bacterias, protozoos e infecciones por

helmintos; malabsorción, por ejemplo, debido a la malabsorción de ácidos biliares, como resultado de infecciones entéricas; aumento de células enteroendocrinas que contienen serotonina y linfocitos T después de la enteritis aguda por *Campylobacter*<sup>35-37</sup>.

Esto conduce a un aumento de la motilidad gastrointestinal e hipersensibilidad visceral; uso de antibióticos; cambios en la microflora intestinal; sensibilidad a ciertos alimentos como la intolerancia a la fructosa y la sensibilidad al gluten; polimorfismos en el gen transportador de serotonina que pueden dar como resultado una recaptación de serotonina modificada eficacia que, a su vez, influye en la peristalsis intestinal; y estrés, aumento de la ansiedad, depresión, y fobias<sup>39,40</sup>.

### **Cuadro Clínico y Diagnóstico**

Los pacientes con SII, la mitad de ellos, la sintomatología comienza en una edad adulta media (30 a 50 años), en otras ocasiones en que los síntomas comienzan más tempranamente, quedando con estos síntomas por lo menos cinco años más en la gran parte de estos pacientes<sup>12,17</sup>.

En 1988, un grupo de expertos internacionales se reunió en Roma para hablar de los TFD<sup>32</sup>. Un objetivo general fue clasificar los TFD utilizando un esquema de clasificación basado en síntomas, destacando el hecho de que los pacientes informan los síntomas a pesar de la falta de anomalías químicas, radiológicas o fisiológicas<sup>41,42</sup>. Esto culminó con la publicación de los criterios de Roma en 1992 (más tarde conocida como Roma I), que aumentó la conciencia de la comunidad médica sobre los TFD<sup>44,45</sup>. La hinchazón abdominal, un síntoma cardinal de muchos pacientes con SII, no se distinguía del dolor abdominal. Los criterios para SII se incorporaron fácilmente en los estudios de investigación, pero resultaron difíciles de manejar para la práctica clínica. La precisión diagnóstica de los criterios de Roma I se estudió en 339 sujetos de estudio con SII con una sensibilidad informada del 85% y una especificidad del 71%<sup>46</sup>.

Varios años más tarde, el comité de Roma se reunió de nuevo para revisar los criterios iniciales de Roma I, basados en los comentarios de los clínicos, investigadores, agencias reguladoras y de nueva información recopilada de la literatura científica. Los criterios revisados de Roma II se publicaron en 1999. De forma similar a Roma I, el Roma II requirió que los síntomas estuvieran presentes durante al menos 12 semanas de los últimos 12 meses, aunque no fue necesario que el tiempo fuera consecutivo. El término "incomodidad" se agregó a la definición, y se agregó un nuevo criterio, señalando que dos de los tres criterios relacionados con el dolor abdominal tenían que ser necesarios para el diagnóstico de SII para asegurar que los hábitos intestinales alterados estuvieran presentes. Los pacientes no fueron categorizados en subtipos específicos basados en los hábitos intestinales en ese momento<sup>46</sup>.

Roma III y sus criterios se publicó en el 2006, siendo el cambio más significativo la clasificación de SII por subtipos. Los subtipos se basaron en la dureza de la defecación en lugar de la reiteración de las deposiciones e incluyeron SII-C (estreñimiento), SII-D (diarrea), SII-M (mixto) e SII-U (sin subtipo). Otro cambio significativo fue que el síntoma de hinchazón como síntoma primario se eliminó de la definición. Este cambio se basó en la opinión de que la hinchazón como síntoma está tan extendida que no es ni sensible ni específica solo para el SII. Un estudio de validación realizado por Ford y colegas de pacientes con síntomas de SII que se sometieron a una colonoscopia informó una sensibilidad de los criterios de Roma III como 68.8% y especificidad de 79.5%<sup>46</sup>.

Desde el lanzamiento de los criterios de Roma III, la investigación en el campo de SII ha aumentado. El trabajo de investigación creativa tanto en las ciencias básicas como en las ciencias clínicas identificó nuevas etiologías del SII y proporcionó una mejor comprensión de la fisiopatología compleja que subyace a la generación de síntomas del SII. Se introdujeron en el mercado una variedad de medicamentos nuevos, que se centraron en subtipos específicos de SII, basados, en parte, en una mejor comprensión de la fisiopatología subyacente.



Estos avances en el conocimiento, junto con el deseo de hacer que los criterios de Roma sean más útiles desde el punto de vista clínico, dieron lugar a diversas innovaciones clave, cuando se lanzó la cuarta versión en 2016. La definición y la razón de ser de los cambios se detallan a continuación<sup>46</sup>.

Roma IV definió el SII como un trastorno intestinal funcional caracterizado por un dolor abdominal recurrente se relaciona con la deposición o modificaciones en los hábitos intestinales. Los hábitos intestinales desordenados están típicamente presentes (es decir, estreñimiento, diarrea o una mezcla de estreñimiento y diarrea), al igual que los síntomas de hinchazón / distensión abdominal. El comienzo de los malestares debe ocurrir a lo menos 6 meses antes de su diagnosis y los malestares tienen que presentarse en los 3 últimos meses<sup>47</sup>.

Los criterios de Roma IV difieren de los criterios de Roma III en varias formas distintas. En primer lugar, el término "incomodidad" se eliminó de la definición actual y de los criterios de diagnóstico, porque algunos idiomas no tienen una palabra para el malestar o tiene diferentes significados en diferentes idiomas. Además, en base a un estudio de pacientes con SII que informaron amplias variaciones en su comprensión de estos términos, no está claro si la distinción entre dolor y malestar es cualitativa o cuantitativa. Dos, la frecuencia de dolor abdominal aumentó de 3 días por mes a un día por semana en promedio. Aunque este cambio parece pequeño, se basó en un gran estudio de población con el objetivo de aumentar la sensibilidad y la especificidad de los criterios. Tres, hinchazón y distensión ahora se reconocen como síntomas comunes. Esto destaca la prevalencia de estos síntomas en pacientes con SII y otros TFD (es decir, estreñimiento crónico, dispepsia funcional) y refuerza los hallazgos anteriores de Kruis y colegas. Cuatro, los criterios previos incluían una frase algo ambigua con respecto a la presencia de defecación desordenada. Esto ahora se ha aclarado con la frase "... los hábitos intestinales desordenados están típicamente presentes (estreñimiento, diarrea o una mezcla de estreñimiento y diarrea)". Por último, ahora se establece explícitamente que los subtipos de SII

se basan en los hábitos intestinales predominantes en los días con deposiciones anormales. El comité de Roma, utilizando datos de un gran estudio poblacional (Rome Normative GI Symptom Survey, no publicado), determinó que el análisis de los días sin evacuación intestinal no aumentaba la especificidad de la subtipificación intestinal, mientras que el análisis de días con movimientos intestinales anormales aumentaba la especificidad<sup>47</sup>.

### **Clasificación**

Los subtipos de SII se desarrolló en base a la consistencia de las heces, ayudada esta clasificación con la escala de Bristol como ya se mencionó anteriormente<sup>144,15,17,38,49</sup>.

Otras clasificaciones según su clínica son según su predominio de sus síntomas, las cuales son: disfunción intestinal, dolor abdominal, hinchazón. También tenemos según el factor que lo exacerba que son: post-infeccioso, estimulado por alimentos, relacionado al estrés<sup>11</sup>.

### **Tratamiento**

#### **a. Medidas generales**

La relación médico-paciente es la piedra angular de la gestión en pacientes con SII. Escuchar activamente, no interrumpir, usar empatía, establecer expectativas realistas ("ayuda" en lugar de "curar"), y usando técnicas no verbales como hacer contacto visual, asentir con la cabeza, inclinarse hacia adelante y usar una postura de cuerpo abierto puede ayudar a construir esta relación. El clínico debe comprender los objetivos del paciente para la visita y evite enfocarse solo en los síntomas gastrointestinales. Realizar un examen físico establece el ritual del tacto, que muchos pacientes identifican con un médico cuidadoso y comprensivo. Es fundamental asignar un diagnóstico confiable y brindar educación con respecto a las causas, la historia natural y el tratamiento del SII<sup>50-52</sup>.

#### **b. Tratamiento farmacológico**

**Antidiarreicos:** Una revisión sistemática de loperamida para el tratamiento del SII encontró que mejoraba los síntomas de diarrea; dos de los cuatro estudios en la revisión también informaron síntomas globales mejorados. Loperamida ralentiza el bolo del intestino, maximiza la absorción intestinal, e incrementa el tono del esfínter en reposo<sup>53</sup>.

**Espasmolíticos:** Los agentes antiespasmódicos relajan el músculo liso en el intestino y reducir las contracciones. Dicyclomina e hiosciamina actúan a través de sus propiedades anticolinérgicas o antimuscarínicos. Un metaanálisis de 23 ensayos encontró una ventaja sobre el placebo en la mejoría global (56 versus 38 por ciento), dolor (53 versus 41 por ciento) y abdominal distensión (44 versus 35 por ciento), pero no hay diferencia con respecto al estreñimiento. Sin embargo, los estudios fueron en general de mala calidad. Los efectos anticolinérgicos de los antiespasmódicos limitan su uso, especialmente a largo plazo<sup>54,55</sup>.

**Agonistas de los receptores 5-HT4:** Aumenta el tiempo de tránsito colónico e inhibe la sensibilidad visceral. Tegaserod, un parcial agonista del receptor 5-HT4, es un aminoguanidina similar a la serotonina. Tegaserod estimula el lanzamiento de neurotransmisores y aumenta la motilidad colónica; es más efectivo que el placebo en el estreñimiento predominante en el SII. Sin embargo, una revisión sistemática mostró que los beneficios globales son pequeños. Tegaserod es aprobado para hasta 12 semanas de uso para el tratamiento del estreñimiento en el SII predominante en mujeres. El largo plazo la seguridad de tegaserod no se ha establecido, y después de la comercialización, los informes de tegaserod que causa colitis isquémica y diarrea que resulta en hipovolemia y síncope provocó un aviso de la FDA en abril de 2004. En resumen, tegaserod mejora los síntomas globales del SII en las mujeres, pero los beneficios son pequeños; se necesitan más estudios para aclarar cualquier efecto adverso a largo plazo<sup>52,56</sup>.

**Antagonistas de los receptores 5-HT3:** Antagonismo del receptor de serotonina subtipo 5-hidroxitriptamina-3 (5-HT3) reduce la percepción de estímulos nocivos, aumenta el cumplimiento del colon y disminuye reflejos gastrocolónicos.

Alosetrón, el primero medicamento específico para el SII aprobado por la FDA, es altamente selectivo, penetrante de antagonista 5-HT3. Alosetrón sí mostró un beneficio clínicamente significativo, aunque modestos, sobre placebo (41 versus 26 por ciento) para aliviar los síntomas del SII como hinchazón y dolor. Inicialmente, se eliminó el alosetrón del mercado después de estar vinculado a la colitis isquémica y la muerte de cinco mujeres. Volvió a estar disponible a terminar el 2002, pero con estrictas normas de prescripción. Alosetrón es indicado solo para mujeres con diarrea grave con predominantes síntomas y para quienes los tratamientos convencionales han fallado. El estreñimiento puede ser el resultado de su uso<sup>56</sup>.

**Antidepresivos y antiansiolíticos:** Se ha demostrado que los antidepresivos alivian el dolor con bajas dosis. Se cree que los antidepresivos tricíclicos facilitan la liberación de endorfinas endógenas y bloquea la recaptación de norepinefrina, que conduce a la mejora de vías inhibitoras descendentes bloquea el dolor. Los antidepresivos tricíclicos pueden ralentizar el tiempo de tránsito intestinal y ayudar en el tratamiento de la diarrea. Dos recientes metaanálisis revisados de pacientes que toman antidepresivos tricíclicos en dosis bajas incluyendo amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, y trimipramina. Estos estudios mostraron que los antidepresivos tricíclicos mejoran los síntomas globales, dolor abdominal y diarrea. En promedio, por cada tres pacientes tratados con un antidepresivo tricíclico, uno experimenta un beneficio significativo. Los efectos secundarios pueden hacer que los pacientes discontinúen el uso, particularmente porque los antidepresivos tricíclicos pueden empeorar el estreñimiento<sup>52</sup>.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) están siendo examinados para el tratamiento del SII. La evidencia es limitada, pero se encontró que los pacientes que toman 10 a 40 mg de paroxetina por día es más probable que tengan una mejoría clínica que aquellos que toman placebo (63 versus 26 por ciento). Este beneficio también estaba presente en el subconjunto sin

depresión. dada la evidencia limitada, no se recomiendan los ISRS de medicación de rutina o de primera elección para el SII, excepto en pacientes que también tienen depresión como co-morbilidad<sup>55</sup>.

Aunque los ansiolíticos (por ejemplo, las benzodiazepinas) pueden ser beneficioso en pacientes con trastornos de ansiedad como co-morbilidad, no se recomiendan de forma rutinaria para la medicación del SII por los efectos secundarios, el potencial de dependencia, e interacciones con el alcohol y otros medicamentos<sup>52,55,56</sup>.

**Antibióticos:** Los antibióticos pueden ser recomendado para el tratamiento de la diarrea refractaria si se sospecha una infección bacteriana. Sin embargo, los antibióticos no deben usarse de manera rutinaria para el tratamiento del SII. Los antibióticos no están indicados para uso a largo plazo porque pueden aumentar la diarrea a través de cambios en la flora intestinal<sup>43,52,56,57</sup>.

**Probióticos.** Los probióticos consisten en una preparación que contiene un único cultivo mixto de microbios vivos que ejercen efectos beneficiosos en la salud al alterar la flora gastrointestinal. Se presume que los probióticos restablecen la flora intestinal normal. Los estudios con probióticos demuestran una tendencia hacia la mejoría de los síntomas del SII y son lo suficientemente prometedores para garantizar una investigación más a fondo<sup>43,56</sup>.

### **c. Tratamiento psicológico**

Una variedad de psicoterapias, incluido la terapia del comportamiento cognitivo, hipnosis y terapia del manejo del estrés/relajación, reduce el dolor abdominal y la diarrea. Por ejemplo, en un estudio, los pacientes tenían más probabilidades de experimentar un beneficio significativo con la terapia de comportamiento cognitivo que educación (70 versus 37 por ciento). Las psicoterapias deberían ser considerado para pacientes motivados que tienen más síntomas severos o incapacitantes<sup>48,51-53</sup>.

### **d. Fármacos en desarrollo**

Cisaprida, un agente de la promoción, se ha estudiado para el tratamiento del SII,

pero su uso no fue apoyado recientemente en un estudio. La cisaprida se alejó del mercado y solo está disponible para uso en Estados Unidos. El antagonista del adreno-receptor alfa clonidina se ha demostrado en un solo estudio pequeño para proporcionar un alivio general a una dosis de 0.1 mg dos veces al día cuando se compara con placebo (67 versus 46 por ciento)<sup>57</sup>.

#### **e. Otros tratamientos**

**Dietoterapia:** Los desencadenantes dietéticos reportados del SII incluyen cafeína, cítricos, maíz, lactosa láctea, trigo y gluten de trigo. Lactosa y cafeína en particular, puede estar asociado con SII con predominio de diarrea. Alimentos de dieta se recomiendan porque pueden ayudar a los pacientes a identificar y evitar la dieta desencadenadores, aunque un estudio mostró una reducción de los síntomas del SII en 48 por ciento de pacientes en una dieta de eliminación, otras dietas específicas no han sido efectivas, y se han realizado pocos estudios<sup>53</sup>.

El aumento de la fibra dietética ha sido durante mucho tiempo recomendado como tratamiento para el SII. El mecanismo de acción propuesto es la propiedad de mejorar la retención de agua en las heces, formando un gel para proporcionar lubricación, carga de las heces y unión de agentes como la bilis. Una revisión sistemática de 13 ensayos controlados aleatorios (ECA) no encontraron evidencia convincente de que el abultamiento los agentes alivian los síntomas globales del SII. Sin embargo, una segunda revisión sistemática sí encontró una mejora significativa en la facilidad de paso de las heces y en general la satisfacción con movimientos intestinales<sup>57</sup>.

Debido a su seguridad y bajo costo, probar como tratamiento la fibra es razonable, particularmente en pacientes cuyo predominio de síntoma es el estreñimiento. Hay muchos tipos de fibra y no todos han sido estudiados. Las fibras sintéticas son más solubles que las fibras naturales, pero puede causar más síntomas. La semilla de psyllium y la linaza son fibras naturales que contienen mucílagos y son agentes con propiedades de lubricación. La fibra de salvado de trigo debe evitarse en pacientes con sensibilidad al gluten. Pacientes

con el tránsito lento del colon puede beneficiarse del uso programado de laxantes osmóticos como sales de magnesio, fosfato sales y polietilenglicol, aunque estos agentes no han sido bien estudiados<sup>57</sup>.

La goma de guar parcialmente hidrolizada ha tenido éxito en suavizar y mejorar la producción fecal. Una reciente estudio no ciego encontró que los síntomas del SII eran mejorado igualmente por dietas suplementadas con fibra o goma guar, pero más pacientes prefirieron la goma guar. Esta fue especialmente cierta en pacientes con SII que no pudieron tolerar la fibra o informan un empeoramiento de los síntomas<sup>53,57,58</sup>.

## **Depresión**

### **Definición**

Se caracterizan por la tristeza, disminución de placer por cosas que antes si causaban placer, sensaciones de culpa. Los síntomas pueden ser duradera o recurrente, perjudicando sustancialmente la capacidad de un individuo para funcionar en el trabajo o en la escuela o para hacer frente a los problemas diarios vida<sup>59</sup>.

Es la principal causa de discapacidad en todo el mundo, que afecta a unos 350 millones de personas a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2012). Además del estado de ánimo, las personas experimentan deficiencias en el funcionamiento físico, ocupacional y social (Kessler et al., 2003; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). La depresión afecta entre el 5 y el 10% de todos los pacientes y afecta desproporcionadamente a las mujeres y los ancianos. Las causas de los trastornos depresivos son desconocidas, pero los factores de riesgo incluyen: factores genéticos, estrés, duelo, enfermedades médicas y psiquiátricas comórbidas, ciertos medicamentos, abuso de sustancias, intoxicación o abstinencia, deterioro cognitivo o lesión cerebral y antecedentes de traumas infantiles<sup>60</sup>.

## **Epidemiología**

La proporción de la población mundial con la depresión en 2015 se estima en 4.4%. Es más frecuente entre el sexo femenino (5.1%) que el sexo masculino (3.6%)<sup>60</sup>.

Los casos nuevos y antiguos varían según el país, desde un nivel bajo del 2.6% entre los de sexo masculino en la región del Pacífico Occidental al 5,9% entre las mujeres en África<sup>60,61</sup>.

Tienen un pico en la frecuencia de la enfermedad en personas mayores (superior al 7,5% entre las mujeres de 55-74 años, y más del 5.5% entre los hombres). También ocurren en niños y adolescentes, pero en menor frecuencia<sup>59,62</sup>.

Las personas que sufren de esta enfermedad se estiman en el mundo que son 322 millones. La mitad de estas personas que los padecen son habitantes del sudeste de región Asia y región del Pacífico Occidental<sup>59,63,64</sup>.

El número de pacientes con esta enfermedad creció en un 18,4% entre 2005 y 2015; podría explicarse por el aumento de la demografía, o que también este aumentando los pacientes con depresión<sup>59,65,66</sup>.

## **Etiología**

Mecanismos genéticos, neurológicos, hormonales, inmunológicos y neuroendocrinológicos parecen ser importante en el empeoramiento de la depresión, y muchos de estos factores se centran en las reacciones a los factores estresantes y el procesamiento de la información emocional<sup>59</sup>.

Los modelos etiológicos para la depresión son en gran parte modelos de tensión en el que las experiencias estresantes desencadenan la depresión en aquellos que pueden ser vulnerable debido a las características biológicas y circunstancias psicosociales<sup>59</sup>.

Los factores estresantes ambientales asociados con la depresión incluyen acontecimientos de la vida, estrés crónico y exposición infantil a la adversidad.



Las vulnerabilidades personales asociadas con la depresión incluyen cognitiva, factores interpersonales y de personalidad<sup>64</sup>.

Las vulnerabilidades biológicas, ambientales y personales interactúan contribuyendo al desarrollo de la depresión y también puede verse afectada por estados depresivos en un proceso bidireccional<sup>64</sup>.

La depresión rara vez ocurre independientemente de otros trastornos psicológicos, incluyendo ansiedad, abuso de drogas, comportamiento y desórdenes de personalidad, así como otras enfermedades médicas. La presencia de trastornos psicológicos y médicos concurrentes exacerban la consecuencias clínicas y sociales de la depresión, y lo hace más desafiante para tratar<sup>64</sup>.

### **Diagnóstico**

Tener en cuenta que algunos pacientes presentan síntomas somáticos. Se recomienda usar el método de evaluación de "dos preguntas rápidas".

En el último mes:

1. ¿Has perdido interés o placer en cosas que normalmente te gusta hacer?
2. ¿Te has sentido triste, bajo, deprimido o sin esperanza?

Una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas requiere una evaluación más detallada, en donde incluye:

Entrevista clínica para determinar si el paciente cumple con los criterios para diagnosticar depresión mediante DSM-5 y utilizar S<sup>2</sup>IGECAPS para centrarse en el estadio funcional<sup>59</sup>.

(S) Sadness: Tristeza (estado de ánimo deprimido)

(S) Sleep: Alteración del sueño (insomnio, hipersomnia)

(I) Interest: Interés reducido (anhedonia)

(G) Guilt: Culpa y auto-culpa

(E) Energy: Pérdida de energía y fatiga

(C) Concentration: Problemas de concentración

- (A) Appetite: Cambios en el apetito (bajo/aumento del apetito o pérdida/ganancia de peso)
- (P) Psychomotor: Cambios psicomotores (retraso, agitación)
- (S) Suicidal: Pensamientos suicidas

## **Tratamiento**

### **a. Tratamiento farmacológico**

**Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS):** Actualmente disponibles incluye fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. Un gran cuerpo de literatura apoya la superioridad de los ISRS en comparación con el placebo en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. En más de 10 revisiones sistemáticas y metanálisis, la efectividad de ISRS se ha comparado con el de otros medicamentos antidepresivos, principalmente ATCs. Los ISRS también demostró una eficacia comparable a los ATC, incluso cuando se consideran los síntomas de ansiedad<sup>67</sup>.

Aunque algunos análisis sugieren pequeñas ventajas de IRSN sobre ISRS en tasas de remisión, una preponderancia de los datos no encuentra evidencia significativa de la superioridad de cualquier otra clase o agentes sobre los ISRS. Un metanálisis sugiere una ligera superioridad de escitalopram en comparación con otros ISRS y venlafaxina, y otro encontró una eficacia significativamente mayor para escitalopram, sertralina, venlafaxina y mirtazapina como en comparación con duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina, pero otros estudios no muestran diferencias en eficacia entre los ISRS individuales<sup>67</sup>.

Tienen una tolerabilidad comparable en general, pero el nivel específico los medicamentos difieren un tanto en sus perfiles de efectos secundarios, que puede guiar la selección de un agente para unos problemas farmacocinéticos individuales del paciente, incluida la vida media y el efecto en el sistema enzimático CYP-450, son adicionales consideraciones en la elección de un ISRS<sup>67</sup>.

Los ISRS suelen causar náuseas, vómitos y diarrea. Estos eventos adversos generalmente son dependientes de la dosis y tienden a disiparse durante las primeras semanas de tratamiento. En algunos pacientes, sin embargo, la diarrea persiste<sup>68</sup>.

Los ISRS a veces precipitan o exacerban la inquietud, la agitación, y trastornos del sueño, efectos secundarios que a menudo se atenúan con el tiempo. La ansiedad se puede minimizar introduciendo el agente en una dosis baja. Acatisia también ha sido reportado en pacientes que toman ISRS y pueden contribuir a inquietud. Si ocurre acatisia, un betabloqueador o benzodiazepina se puede intentar para reducir los síntomas. El insomnio se puede tratar usando técnicas de higiene del sueño o TCC como primer enfoque o al agregar un medicamento sedante hipnótico o trazodona<sup>68</sup>.

Aunque la pérdida de la función eréctil o eyaculatoria en los hombres y la pérdida del libido y anorgasmia en ambos sexos puede ser complicaciones de prácticamente cualquier medicamento antidepresivo, estos efectos secundarios parecen ser más comunes con los ISRS. El psiquiatra debe determinar si la disfunción es el resultado de la medicación antidepresiva, el trastorno depresivo mayor subyacente, una coexistencia, trastorno médico, una perturbación en una relación o una necesidad para la educación sobre el funcionamiento sexual. Si la disfunción sexual se determina que es un efecto secundario del antidepresivo, hay varias estrategias disponibles, que incluyen tratamiento continuo para evaluar si la disfunción desaparecerá con el tiempo, reduciendo la dosis, descontinuar el antidepresivo, o sustituir por otro antidepresivo como el bupropión. Tratamientos farmacológicos específicos que se puede agregar para dificultades de excitación, disfunción eréctil o disfunción del orgasmo incluyen buspirona, bupropion, sildenafil y tadalafil. Otros inhibidores de la fosfodiesterasa también pueden ser útiles en el tratamiento de los efectos secundarios sexuales, y una variedad de otros medicamentos han sido utilizado con éxito anecdótico<sup>68</sup>.

También pueden exacerbar inicialmente tanto dolores de cabeza por migraña como dolores de cabeza por tensión. Estos efectos tienden a ser transitorios y mejorar dentro del primeras semanas de tratamiento. Con tratamiento continuo, los ISRS en realidad pueden ayudar a prevenir y tratar los dolores de cabeza por migraña. También se han asociado con efectos secundarios extrapiramidales, incluyendo acatisia, distonía, parkinsonismo y discinesia tardía. La incidencia de tales efectos secundarios es muy baja con ISRS, pero puede ser mayor en pacientes mayores, especialmente aquellos con la enfermedad de Parkinson<sup>68</sup>. Por otra parte, como otros agentes antidepresivos, se han asociado con un aumento riesgo de caídas en estudios de residentes de hogares de ancianos, el uso se ha asociado con un aumento de aproximadamente el doble en el riesgo de una caída. Un riesgo aún mayor de caídas en pacientes que tomaban ISRS se observó en un estudio de cohorte basado en la comunidad. Los metanálisis también documentaron un mayor riesgo de caídas en los pacientes tratados con agentes antidepresivos, en general. Las implicaciones de este aumento en el riesgo de caída son complicadas por la disminución en la densidad ósea que se ha observado en pacientes deprimidos y en pacientes tratados con ISRS. Un aumento en el riesgo de fracturas de cadera también se ha observado. En raras ocasiones, el uso de ISRS se ha asociado con bradicardia, que también podría contribuir a síncope y caídas. En todos los pacientes, incluidos los que tratados con ISRS, el riesgo de caída puede aumentar en las personas que reciben benzodiazepinas u otros agentes hipnóticos y en aquellos que reciben múltiples medicamentos<sup>69</sup>.

El aumento de peso, a veces sustancial, ocurre en algunos pacientes que toman ISRS. Los pacientes que toman paroxetina tienen una mayor incidencia de aumento de peso que aquellos que toman otro ISRS. La fluoxetina causa una reducción inicial en peso, que tiende a normalizarse con tratamiento continuo<sup>69</sup>. El uso de ISRS se ha asociado con el raro desarrollo de un síndrome causado por un exceso de actividad serotoninérgica del sistema nervioso central.

Características del síndrome serotoninérgico incluyen dolor abdominal, diarrea, enrojecimiento, sudoración, hipertermia, letargia, cambios en el estado mental, temblor y mioclonía, rabdomiólisis, insuficiencia renal, shock cardiovascular y posiblemente muerte. Aunque en raras ocasiones, el síndrome serotoninérgico puede ocurrir con el uso de ISRS solo, es generalmente asociado con el uso simultáneo de múltiples agentes serotoninérgicos y es más grave cuando se administran ISRS junto con IMAO. En consecuencia, cuando se está consumiendo un ISRS cambiándolo a un IMAO o viceversa, atención particular debe darse a la duración de tiempo entre tratamientos para evitar la precipitación de un síndrome de serotonina potencialmente letal. El síndrome de serotonina también ha sido reportado cuando los ISRS se usan en combinación con tramadol, dosis altas de triptanos, o el antibiótico linezolid, que también tiene cierta capacidad para inhibir la IMAO<sup>69</sup>.

**Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):** Los IMAO utilizados actualmente como antidepresivos incluyen fenelzina, tranilcipromina, isocarboxazida, moclobemida y la formulación de selegilina administrada por vía transdérmica. Los IMAO tienen una eficacia comparable a otros antidepresivos para pacientes ambulatorios con trastorno depresivo y puede ser apropiado para pacientes con trastorno depresivo que no han respondido de manera más segura y más fácil tratamientos usados. De hecho, el papel de los IMAO en trastorno depresivo mayor es ahora casi exclusivamente reservado para pacientes que no han respondido al menos a otras de las varias farmacoterapias. Los estudios han demostrado la efectividad de los IMAO en pacientes que no respondieron a otros medicamentos antidepresivos, particularmente ATC. Sin embargo, la efectividad de los IMAO en relación a otras estrategias para pacientes resistentes al tratamiento en la práctica contemporánea sigue sin estar clara, particularmente para pacientes que no han respondido a múltiples ensayos secuenciales con ISRS e IRSN<sup>70</sup>.

Los IMAO han demostrado ser particularmente efectivos en tratar pacientes deprimidos con características atípicas, por lo que los psiquiatras deberían considerar usar estos medicamentos para pacientes con síntomas como estados de ánimo reactivos, síntomas neurovegetativo reverso y sensibilidad al rechazo. No parece haber diferencias significativas en eficacia entre los IMAO más antiguos, aunque hay diferencias individuales importantes en la capacidad de respuesta, y estos medicamentos no son intercambiables<sup>70</sup>.

No hay estudios comparativos de la nuevo transdérmica (parche para la piel) formulado de selegilina; su eficacia solo se ha establecido en relación con el placebo, y la experiencia clínica es limitada<sup>70</sup>.

Una crisis hipertensiva puede ocurrir cuando un paciente que toma una IMAO ingiere grandes cantidades de tiramina u otras aminas vasoactivas en alimentos o medicamentos. Esta reacción es caracterizada por la aparición aguda de dolor de cabeza intenso, náuseas, rigidez del cuello, palpitaciones, transpiración profusa y confusión y posiblemente conduzca a apoplejía y muerte. Las restricciones dietéticas incluyen evitar alimentos como el queso añejado o carnes, productos fermentados, extractos de levadura, habas, vino tinto, cervezas de barril, y sobremaduro o alimentos en mal estado. Una cantidad de medicamentos incluyendo bloqueadores de recaptación de norepinefrina (p. ej., IRSN, TCAs), agentes vasoconstrictores simpático-miméticos, también pueden producir una crisis hipertensa cuando se usa en combinación con IMAO. Las personas con asma que reciben IMAO deben ser advertidos sobre las interacciones con broncodilatadores simpaticomiméticos, aunque aparecen otros agentes antiasmáticos para estar seguro<sup>71</sup>.

La hipotensión ortostática se ve comúnmente durante el tratamiento con IMAO. Los posibles tratamientos para este efecto secundario incluyen agregando sal dietética para aumentar el volumen intravascular, o el uso del mineralocorticoide fludrocortisona. El uso de los IMAO también se puede asociar con el desarrollo de edemas periféricos, que puede ser ayudado por el uso de medias de apoyo<sup>71</sup>.

El aumento de peso también se ve comúnmente en pacientes tratados con IMAO no selectivos. Aunque la experiencia clínica sugirió que el tratamiento con la selegilina transdérmica puede no estar asociado con un mayor riesgo de aumento de peso<sup>72</sup>.

Los efectos secundarios sexuales observados con la terapia de IMAO incluyen anorgasmia, disminución de la libido y disfunción eréctil o eyaculatoria. Los efectos sexuales secundarios pueden disminuir con el tiempo o con reducciones en las dosis de IMAO. La formulación transdérmica de la selegilina parece tener un riesgo relativamente bajo de efectos sexuales secundarios<sup>72</sup>.

El tratamiento con IMAO también puede ir acompañado de dolores de cabeza e insomnio; estos efectos secundarios pueden disminuir durante el tiempo con uso continuo. Otros efectos neurológicos vistos con IMAO incluyen sedación, tirones mioclónicos, parestesias, somnolencia intensa durante el día y, en raras ocasiones, neuropatía periférica<sup>72</sup>.

#### **Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN):**

Actualmente disponibles son venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetina. Un lanzamiento inmediato, la forma de venlafaxina está disponible, pero la mayoría de los médicos prefiere la formulación de liberación prolongada porque está aprobada para una dosificación de una vez al día y puede asociarse con menos frecuencia con síntomas de abstinencia informados<sup>73</sup>.

Los efectos secundarios más comunes de los IRSN (venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetina) son similares a los que se observan con ISRS, incluidas náuseas y vómitos, disfunción sexual, y activación; como los efectos secundarios que se ven con los ISRS, aquellos con ISRS pueden atenuarse con utilización continua. Los IRSN también tienen más probabilidades de estar asociados con efectos secundarios que reflejan la actividad noradrenérgica, incluidos pulsos aumentado, pupilas dilatadas, boca seca, excesiva sudoración y estreñimiento<sup>74</sup>. Debido a que este aumento de la presión arterial está relacionado con la dosis de IRSN induciendo la hipertensión, puede responder a la disminución de la

dosificación. En la ausencia de una disminución de la hipertensión, un antidepresivo diferente puede ser considerada. Alternativamente, en un paciente con síntomas depresivos bien controlados, puede ser preferible agregar un agente antihipertensivo en lugar que arriesgar una recaída depresiva o recurrencia con la disminución de la medicación. Al igual que con los ISRS, la interrupción abrupta de IRSN deben evitarse siempre que sea posible<sup>75</sup>.

**Antidepresivos tricíclicos (ATC):** Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, protriptilina, imipramina, desipramina, doxepina y trimipramina) son tratamientos efectivos para trastorno depresivo y tienen una eficacia comparable a otras clases de antidepresivos, incluidos ISRS, IRSN e IMAO. La eficacia de las subclases de tricíclicos (p. Ej., aminas secundarias o aminas terciarias) parece ser comparable<sup>76</sup>.

Los ATC pueden ser particularmente efectivos en ciertas poblaciones, como en pacientes hospitalizados. La sabiduría convencional es que esta ventaja se explica por la superioridad de los ATC (frente a los ISRS) en el subconjunto de pacientes con melancolía o depresión más severa, porque tal ventaja específica no ha sido consistentemente documentada en estudios de pacientes ambulatorios menos gravemente enfermos<sup>77</sup>.

#### **b. Tratamiento no farmacológico**

**Psicoterapia:** Cuando la psicoterapia es parte del plan de tratamiento, debe integrarse con la gestión psiquiátrica y cualquier otro tratamiento (por ejemplo, farmacoterapia) que están siendo provistos. Consideraciones clínicas y otras se deben considerar para determinar el naturaleza e intensidad de la psicoterapia. Típicamente la psicoterapia se administra en un entorno ambulatorio, aunque para algunos las psicoterapias pueden beneficiar a pacientes hospitalizados deprimidos, períodos adecuados de estadía y cursos de tratamiento. Al igual que la farmacoterapia, la efectividad de la psicoterapia variará con la habilidad y el entrenamiento del terapeuta. Factores del paciente, como la naturaleza y la duración de los síntomas de depresión, creencias y actitudes hacia la



psicoterapia, y las experiencias tempranas de la vida (por ejemplo, la historia del trauma) también afectan la respuesta al tratamiento a la psicoterapia. La psicoterapia es particularmente útil para abordar los estresores psicosociales y factores psicológicos que tienen un impacto en el desarrollo o mantenimiento de síntomas depresivos<sup>78</sup>.

La terapia cognitivo-conductual (TCC), psicoterapia interpersonal (PTI) y psicoterapias conductuales (por ejemplo, activación conductual) han demostrado una eficacia aguda en tratar el trastorno depresivo. Hay menos evidencia para otras psicoterapias, sin embargo, un metanálisis no encontró grandes diferencias en la eficacia a largo plazo entre cualquiera de las principales psicoterapias, incluida la psicoterapia dinámica, para la depresión leve y moderada. En términos de resultados a más largo plazo, la psicoterapia es generalmente encontrada que tiene efectos más prolongados que la farmacoterapia después del cese del tratamiento activo. En particular, la PTI y CBT han demostrado beneficios duraderos en el mantenimiento de la remisión. Estos tratamientos de tiempo limitado son esencialmente equipotente con medicamentos antidepresivos para pacientes ambulatorios con depresión aguda leve a moderada pero probablemente debería usarse junto con la medicación para el trastorno depresivo mayor severo o melancólico<sup>79</sup>.

La terapia cognitivo-conductual y la PTI parecen menos efectivas que la farmacoterapia para la depresión crónica, al menos como monoterapia aguda. No obstante, en pacientes que responden a medicamentos, la psicoterapia puede fomentar el desarrollo de habilidades sociales y la confianza después años de deficiencias relacionadas con la depresión<sup>80</sup>.

La psicoterapia conlleva sus propios "efectos secundarios". Una psicoterapia requiere un tiempo considerable o la paciencia puede ser mal tolerada. El trabajo de la psicoterapia puede generar ansiedad u otros sentimientos fuertes, que pueden ser difícil de manejar para los pacientes. Una medida indirecta de los efectos secundarios relativos y la tolerabilidad de la psicoterapia se puede

obtener a partir de las tasas de abandono en ensayos clínicos; sin embargo, muchos otros factores también pueden afectar estas tasas. Dependiendo de lo que razonablemente puede esperarse con el tipo dado de psicoterapia, el psiquiatra debe considerar un cambio en la intensidad o el tipo de psicoterapia y/o la adición o cambio a la medicación si la psicoterapia para el trastorno depresivo no produjo una mejoría significativa en 4-8 semanas<sup>81,82</sup>.

## **Ansiedad**

### **Definición**

Conjunto de disfunciones mentales que se caracteriza por sensaciones de ansiedad y miedo, incluyendo trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico, fobias, desórdenes de ansiedad social, desórdenes obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Las manifestaciones clínicas al igual que la depresión tendrán escalas de intensidad. El tiempo de la enfermedad hace que sea más un trastorno crónico que episódico<sup>83-85</sup>.

### **Epidemiología**

Los desórdenes de ansiedad son más frecuentes entre el sexo femenino que entre los de sexo masculino. En América, tantos como 7.7% de las mujeres se estima sufrir de ansiedad (hombres, 3.6%). Las frecuencias de casos no cambian de acuerdo a estadísticas de según edad, pero hacia una disminución de casos nuevos y antiguos entre los ancianos. Las cantidades de ciudadanos viviendo con desórdenes de ansiedad en el planeta es de 264 millones. Este total para 2015 refleja un 14.9% de aumento desde 2005, como resultado de la población en crecimiento y envejecimiento<sup>86</sup>.

### **Diagnóstico**

En los últimos 10 años aproximadamente, los datos epidemiológicos han sido utilizado en el intento de refinar los límites de las categorías diagnósticas del

trastorno de ansiedad. Los resultados de este enfoque se han reflejado progresivamente del DSM III al III-R al DSM IV-TR y, finalmente, a DSM-5. Sin embargo, este esfuerzo se ha visto obstaculizado por la amplia presencia de comorbilidades en pacientes con ansiedad, según lo revelado por la encuesta nacional de comorbilidad. En la práctica clínica y en la investigación, no es raro encontrar la coexistencia de dos o más condiciones diagnosticables en el mismo paciente o al menos una superposición sintomática con varios estados subsindrómicos. Esto es particularmente cierto para el solapamiento de síntomas entre diferentes desordenes de ansiedad, depresión, y abuso de alcohol y drogas<sup>87</sup>.

Un fenómeno relacionado es la aparición de diferentes trastornos en el mismo paciente durante toda la vida. Por ejemplo, durante una evaluación inicial, el diagnóstico original podría ser de trastorno de pánico que se resuelve después del tratamiento, y luego se presenta después de algunos años con síntomas más adecuados para un diagnóstico de TOC (desorden obsesivo compulsivo) o GAD (desorden de ansiedad social). Si este proceso refleja una diátesis primaria o dos entidades distintas son inciertas<sup>87</sup>.

Otro problema importante con la clasificación actual de los trastornos de ansiedad es la ausencia de factores etiológicos conocidos y de tratamientos específicos para diferentes categorías de diagnóstico. Estudiar las bases genéticas de los trastornos de ansiedad usando las técnicas de biología molecular no han logrado producir un solo gen o un grupo de genes implicados como un factor etiológico para cualquier trastorno de ansiedad único, aunque algunos hallazgos genéticos existen para el TOC y el trastorno de pánico. A pesar de la falta de estudios de especificidad, familia y gemelos señalan la importancia de factores genéticos que posiblemente se comparten entre varios tipos de desórdenes de ansiedad, depresión y abuso de alcohol y drogas<sup>88</sup>.

A pesar de estas ambigüedades diagnósticas, la aparición de medicamentos eficaces como los serotoninérgicos que tratan una variedad de trastornos

categoricos (por ejemplo, estado de ánimo y ansiedad) han llevado a muchos a sugerir que un modelo dimensional podría ser más aplicable en el estudio y tratamiento de estas condiciones. En esta visión, el trastorno se ve como un conjunto complejo de dimensiones de síntomas coexistentes (por ejemplo, pánico, incomodidad social y obsesividad). Cada una de estas dimensiones puede variar, dependiendo de lo hipotético, factores biológicos o genéticos que pueden dictar o enfoques de tratamiento psicológico. La utilidad de la dimensión frente al enfoque categorico sigue siendo un tema muy discutible en la investigación y en la práctica clínica y es una de las bases para la introducción del DSM-5<sup>88</sup>.

Dentro de la psiquiatría, las similitudes entre distintos trastornos conducen a la aparición del término trastornos del "espectro", un concepto inicialmente desarrollado para OCD. Esta conceptualización fue útil para evaluar respuestas similares a las farmacológicas y tratamientos psicológicos y se ha ampliado para considerar muchos otros espectros como ansiedad social, pánico-agorafobia, y trastornos postraumáticos. Este enfoque, aunque útil, puede ser excesivamente incluyente y engañoso porque a veces agrupa trastornos que tienen poco en común, como el trastorno dismórfico corporal (BDD) en el mismo espectro OCD<sup>89</sup>. El diagnóstico dimensional y categorico en el DSM-IV-TR es generalmente producido por comparaciones transversales de sujetos de distintas muestras. Sin embargo, las presentaciones de diagnóstico en la práctica clínica ocurren en individuos tratados secuencialmente y, por lo tanto, pueden ser mejores entendidos como parte de un proceso psicopatológico que se desarrolla a través del tiempo. Por ejemplo, aunque un paciente pueda cumplir los criterios para el TOC puramente sobre la base de obsesiones o compulsiones, estos últimos suelen surgir más tarde en el trastorno como para contrarrestar la amenaza y ansiedad asociadas con pensamientos obsesivos<sup>89</sup>.

Se pueden encontrar puntos de vista analógicos en enfermedades médicas, con síntomas que generalmente representan una combinación de un nocivo agente

y la reacción del cuerpo a su presencia. Por ejemplo, cuando los pulmones están infectados con el organismo dañino *Mycobacterium tuberculosis*, lo compensan formando cicatrices alrededor del tejido. En el corto plazo, esto puede ser efectivo bloqueando la infección (e incluso puede eludir la detección clínica), pero la estrategia falla cuando se lleva al extremo, lo que lleva a compromiso respiratorio en algunos casos<sup>89</sup>.

En los últimos años, los científicos y los médicos han comenzado a darse cuenta que los procesos subyacentes a la ansiedad y el miedo podrían ser similar entre los diversos trastornos. Esto ha resultado en la implementación de regímenes de tratamiento uniformes en el cuidado primario y en el desarrollo de la teoría unificada de la ansiedad<sup>89</sup>.

## **Tratamiento**

### **a. Tratamiento farmacológico**

**Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS):** Los ISRS, generalmente indicados en la depresión, se consideran los de primera línea de terapia para los trastornos de ansiedad. Estos fármacos son: fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina y vilazodona. La característica esencial de los medicamentos en esta clase es que inhiben el transportador de serotonina y parece causar desensibilización de los receptores postsinápticos de serotonina, por lo tanto, la normalización de la actividad de las vías serotoninérgicas<sup>90</sup>.

El mecanismo por el cual esto conduce a la mejora de los síntomas de la ansiedad no se entiende completamente. Vilazodone, el más reciente medicamento aprobada de esta clase (aunque indicada para el trastorno depresivo mayor), también actúa como un agonista parcial en la serotonina-1<sup>a</sup> receptor, que puede contribuir al ansiolisis. Bupiriona, que no es un inhibidor de la recaptación de serotonina (IRS), también es un agonista de 5-HT1a y se usa frecuentemente como un único agente o como aumento de la terapia con ISRS<sup>90</sup>.

**Inhibidores de la recaptación de la serotonina-norepinefrina (IRSN):** Incluye venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetine. Milnacipran es insólito, si alguna vez, se usa para tratar la ansiedad porque solo está aprobado por la FDA no obstante esta indicación es para la fibromialgia. Los IRSN se usan generalmente después de falla o respuesta inadecuada a un ISRS. Se usan en lugar del aumento a los ISRS porque la combinación de estas dos clases de medicamentos puede provocar el síndrome de serotonina<sup>91</sup>.

Las respuestas de los pacientes a los IRSN pueden variar ampliamente; ciertos consumidores de este fármaco sentirán que los síntomas fisiológicos de ansiedad como resultado del aumento de la mediación de señalización de la norepinefrina causada por la inhibición del transportador de norepinefrina<sup>92</sup>.

**Benzodiazepinas:** Aunque las benzodiazepinas fueron ampliamente utilizadas en el pasado para tratar las condiciones de ansiedad, ya no se consideran terapias de primera línea debido a los riesgos asociados con su uso crónico. Son muy efectivos para reducir la ansiedad aguda, pero están asociados con efectos adversos problemáticos cuando se usan durante mucho tiempo en dosis altas, que incluyen<sup>93</sup>:

- Dependencia fisiológica y psicológica.
- Muertes potenciales al retirarse.
- Deterioro cognitivo y coordinación.
- Una sobredosis potencialmente letal cuando se mezclan con alcohol u opioides.
- Inhibición de la codificación de la memoria, que puede interferir con la eficacia de la psicoterapia concomitante.

Por estas razones, el uso de benzodiazepinas a menudo está restringido en los pacientes que hayan consumido poco tiempo el fármaco para la ansiedad aguda o como terapia para la ansiedad refractaria después de ensayos fallidos de varias otras drogas. Obsérvese que algunos subgrupos de pacientes obtienen buenos resultados con dosis bajas de benzodiazepinas y pueden disminuir de forma

segura a altas dosis, especialmente cuando se agrega la terapia cognitivo-conductual (TCC)<sup>93</sup>.

**Anticonvulsivantes:** Debido a las consecuencias secundarias de las benzodiazepinas, los agentes antiepilépticos se emplean más extensamente para el tratamiento de la ansiedad. Los medicamentos anticonvulsivos se usaron inicialmente para la estabilización del estado de ánimo en desórdenes del estado de ánimo; sin embargo, sus propiedades ansiolíticas fueron notados rápidamente. Muchos agentes en esta clase de drogas están siendo usado de forma no aprobada para tratar la ansiedad, especialmente la gabapentina y la pregabalina. Hay poca información disponible para topiramato, lamotrigina y valproato. En dosis más altas, la clase de anticonvulsivantes puede producir efectos adversos similares a los de las benzodiazepinas<sup>94</sup>.

**Antidepresivos tricíclicos:** Todos los antidepresivos tricíclicos (ATC) funcionan como inhibidores de recaptación de la norepinefrina, y varios mediadores de inhibición de la recaptación de serotonina también. Aunque varios medicamentos en esta clase de medicamentos son comparables en eficacia a los ISRS o los IRSN para los trastornos de ansiedad, los ATC llevan una mayor cantidad de efectos adversos y son potencialmente letales en una sobredosis. por esta razón, los TCA rara vez se utilizan en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Una excepción notable es la clomipramina, que puede ser más eficaz que los ISRS o IRSN en pacientes con TOC<sup>95</sup>.

#### **b. Tratamiento no farmacológico**

**Terapia cognitivo-conductual (TCC):** En general, se reconoce que el tratamiento de los trastornos de ansiedad es subóptimo debido a la falta de terapeutas de TCC o la disponibilidad de sesiones asequibles. Hay una gran necesidad destilar la esencia de la buena terapia y llevarla al entorno de atención primaria, con énfasis en educación y personal entrenado. Oxford University Press ha publicado muchos excelentes manuales que incluyen guías de terapeutas y pacientes. La proliferación de las terapias autoadministradas basadas en internet

pide más investigación sobre la eficacia de este método de disseminación. Los trastornos de ansiedad complejos podrían no ser capaz de autotratarse adecuadamente, mientras que una fobia específica podría ser auto-tratado solo o con el apoyo de un amigo de miembro de la familia. Koszycki et al. discutieron si la TCC autoadministrada podría estar solo o podría ser optimizado con una TCC dirigida, TCC autoadministrada o medicación aumentada con TCC autoadministrada. Su trabajo sugiere que incluso autoadministrado el tratamiento podría ser una adición efectiva a la TCC<sup>96,97</sup>.

### **2.3. HIPÓTESIS**

Dicha investigación no necesita de una hipótesis porque es de diseño descriptivo y no será evaluado por una prueba estadística.

### **2.4. VARIABLES**

- Independientes
  - Síndrome ansioso
  - Síndrome depresivo
- Interviniente
  - Características sociodemográficas

### **2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

#### **Síndrome de intestino irritable**

Disfunción intestinal funcional que es distinguido por dolor o molestia en el abdomen relacionados con las deposiciones y/o alteración en la costumbre intestinales<sup>11</sup>.

#### **Ansiedad**

En medicina es la angustia, agitación, inquietud que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a la neurosis.



**Diarrea**

Síntoma o fenómeno morboso que consiste en evacuaciones de vientre líquidas y frecuentes<sup>99</sup>.

**Estreñimiento o constipación**

Retraso del curso del contenido intestinal y dificultar su evacuación<sup>100</sup>.

**Estrés**

Tensión causada por situaciones molestosas que ocasionan efectos psicosomáticos o desórdenes psicológicos a veces graves<sup>101</sup>.

**Dispepsia**

Patología crónica que es determinado por la digestión laboriosa e imperfecta<sup>102</sup>.

**Depresión**

Conjunto de síntomas que tiene por característica una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con desórdenes neurovegetativos<sup>103</sup>.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación es no experimental porque no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables, es transeccional o transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, y es descriptivo porque tiene como objetivo indagar la prevalencia de síndrome ansioso y depresivo en nuestra población de estudio

### **3.2. ÁREA DE ESTUDIO**

El presente trabajo se realizó en el consultorio externo de gastroenterología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, con el fin de facilitar el hallazgo de pacientes con el diagnóstico de síndrome de intestino irritable para aplicar el cuestionario y los inventarios.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

- Población:
  - Pacientes diagnosticados en el consultorio de gastroenterología de síndrome de intestino irritable en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, con un total de 86 pacientes que se les aplicó el cuestionario y los instrumentos.
- Muestra:
  - Para la selección de muestra se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia u oportunista. Este tipo de muestreo se realizó debido al reducido número de pacientes con diagnóstico de SII que estuvieron en el momento de la toma de muestra. La muestra estuvo constituida por todos los pacientes con síndrome de intestino

irritable que se atendieron en el consultorio de gastroenterología en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2018.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 17 años.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Paciente que no goza de capacidad cognitiva suficiente para la aplicación del instrumento.
- Pacientes que llenen incompleto el inventario

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica realizada para la aplicación del instrumento fue la “autoadministrada”; y el instrumento que se utilizó, un cuestionario para detallar las características sociodemográficas, el inventario de depresión de Beck II y el inventario de ansiedad de Beck para identificar a pacientes con síndrome depresivo y ansioso respectivamente.

El inventario de depresión de Beck II que se empleó fue la versión adaptada al español que utilizó Saenz y colaboradores en el 2003 donde demostraron fiabilidad y validez de la adaptación en español en 470 adultos seleccionados de la población general española. Posteriormente validada en el Perú por Carranza en el 2013 demostrando que el instrumento presenta una validez, consistencia interna, y estabilidad muy aceptable en una población universitaria de 16 a 36 años de la ciudad de Lima. Mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Los ítems se puntúan de 0 hasta el 3, sumando entre 0 y 63, durando un aproximado de 10 minutos el llenado completo de dicho inventario.

El inventario de ansiedad de Beck que se empleó fue la versión adaptada al español que utilizó Sanz y colaboradores en el 2012 donde demostraron que el

instrumento es válido y fiable, en una muestra de 307 pacientes españoles con trastornos psicológicos. También Thornberry en el 2011 consiguió evidencias de validez vinculadas a la estructura interna del inventario en 1119 estudiantes de pregrado de dos casas universitarias privadas en Lima entre 17 a 25 años. El inventario presenta 21 ítems, se puntúan de 0 hasta el 3, sumando entre 0 y 63, durando un aproximado de 5-10 minutos el llenado completo de dicho inventario. El cuestionario que se utilizó en este trabajo para detallar las características sociodemográficas fue realizado por el autor de dicho trabajo de investigación, posteriormente validado por un estadista, metodólogo y un especialista (psiquiatra).

Se tomaron los siguientes puntos de corte para la ansiedad y depresión:

1. Inventario de ansiedad de Beck
  - a. Mínima ansiedad o normal: 0 – 7 puntos
  - b. Leve ansiedad: 8 – 15 puntos
  - c. Moderada ansiedad: 16 – 25 puntos
  - d. Grave ansiedad: 26 – 63 puntos
2. Inventario de depresión de Beck II
  - a. Mínima depresión o normal: 0 – 13 puntos
  - b. Leve depresión: 14 – 19 puntos
  - c. Moderada depresión: 20 – 28 puntos
  - d. Grave depresión: 29 – 63 puntos

Para cumplir con los objetivos solo valoramos la presencia o no de ansiedad y depresión, tomando el punto de corte de la siguiente manera:

1. Inventario de ansiedad de Beck
  - a. No presencia de síndrome ansioso: 0 – 7 puntos
  - b. Presencia de síndrome ansioso: 8 – 63 puntos
2. Inventario de depresión de Beck II
  - a. No presencia de síndrome depresivo: 0 – 13 puntos
  - b. Presencia de síndrome depresivo: 14 – 63 puntos

### **3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El estudio realizó un muestreo por conveniencia, considerando a los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales con el diagnóstico de SII desde 01 enero del 2018 hasta 31 de enero del 2018, informándoles brevemente sobre la investigación e incluir a los que aceptaran participar en el estudio y entregándoles un cuestionario, los inventarios de depresión y ansiedad de Beck II y Beck respectivamente. Previamente se realizó un documento solicitando permiso a la oficina de docencia para la aplicación del instrumento, posteriormente aceptando la solicitud

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Posterior a la aplicación del instrumento, se procederá a recopilar la información en el programa (software) Excel de Office 2016, por el medio del cual se generó una base de datos, se analizaron efectuando frecuencias, observando datos extremos. Una vez recolectados los datos, se procederá a realizar el análisis en el programa Excel de Office 2016:

- Análisis univariado: se realizará un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, prevalencia de síndrome ansioso y depresivo:
  - Para las variables cualitativas se realizará por medio de frecuencias y porcentajes.
  - Para las variables cuantitativas: frecuencia, promedios, mínimo y máximo.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

**Tabla N°1**

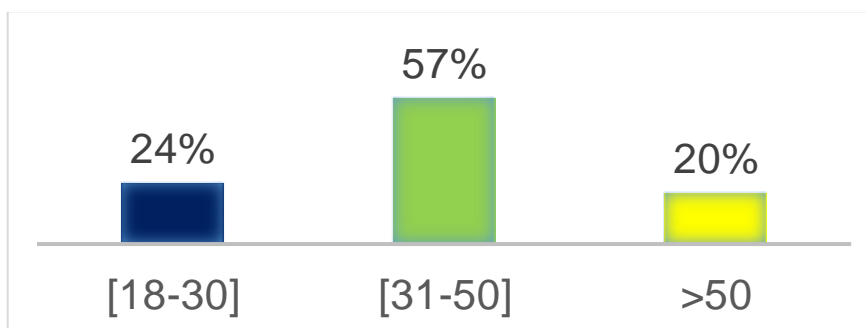
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según rango de edad

	<b>N° pacientes</b>	<b>%</b>
[18-30] años	18	24
[31-50] años	43	57
> 50 años	15	20
Total	76	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico aplicado a los pacientes del servicio de gastroenterología del HNSEB

**Gráfico N°1**

Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable según rango de edad



#### **Interpretación:**

En el gráfico N°1 se observa que el mayor número de pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable que acudieron a la consulta estuvieron dentro de las edades de 31 a 50 años (57%), seguido de las edades que fluctuaron entre los 18 a 30 años con un 24%. Finalmente se observa que los pacientes cuyas edades son mayores a 50 años representaron la minoría con un 20%. El promedio de edad fue de 38.89 años con la mínima edad de 24 años y la máxima de 58 años.

**Tabla N°2**

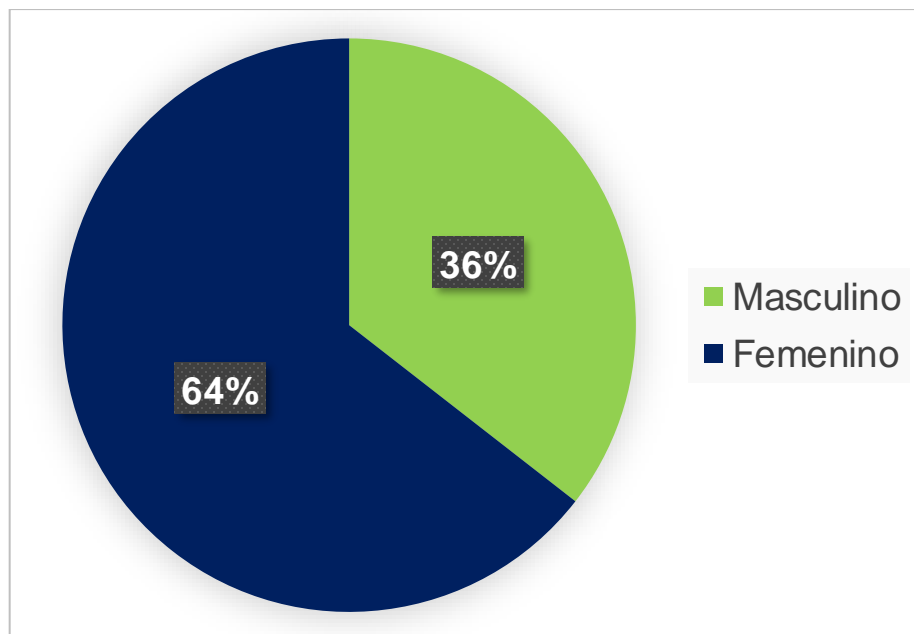
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según sexo

	<b>N° pacientes</b>	<b>%</b>
Masculino	27	36%
Femenino	49	64%
Total	76	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico aplicado a los pacientes del servicio de gastroenterología del HNSEB

**Gráfico N°2**

Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable según sexo



**Interpretación:**

Con relación a la distribución por sexo que se muestra en el gráfico N°2, predomina el sexo femenino con un 64%, al sexo masculino con una frecuencia de un 36% como se puede apreciar.

**Tabla N°3**

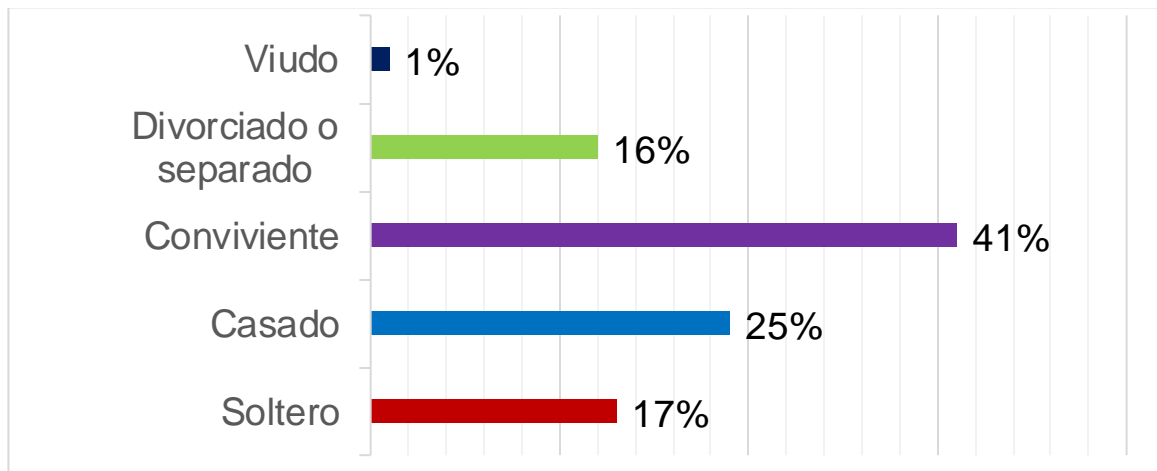
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según estado civil.

	<b>N° pacientes</b>	<b>%</b>
Soltero	13	17%
Casado	19	25%
Conviviente	31	41%
Divorciado o separado	12	16%
Viudo	1	1%
Total	76	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico aplicado a los pacientes del servicio de gastroenterología del HNSEB

**Gráfico N°3**

Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable según estado civil.



**Interpretación:**

En el gráfico N°3 se puede apreciar que el 41% de los pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable son convivientes, seguido de un 25% de pacientes que son casados, un 17% de los pacientes son solteros y por último conformando el 1% los viudos.



**Tabla N°4**

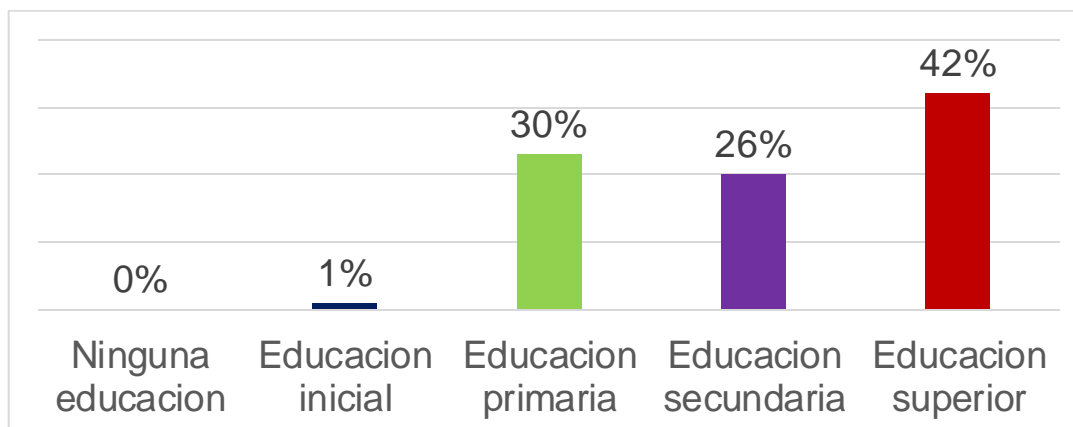
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según nivel de instrucción

	<b>N° pacientes</b>	<b>%</b>
Ninguna educación	0	0%
Educación inicial	1	1%
Educación primaria	23	30%
Educación secundaria	20	26%
Educación superior	32	42%
Total	76	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico aplicado a los pacientes del servicio de gastroenterología del HNSEB

**Gráfico N°4**

Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable según nivel de instrucción



**Interpretación:**

En el gráfico N°4 se representa el nivel de instrucción, el predominio en el grupo estudiado es de una educación superior en un 42%, seguido de la educación primaria y secundaria en un 30% y 26% respectivamente y por último el 1% teniendo educación inicial.

**Tabla N°5**

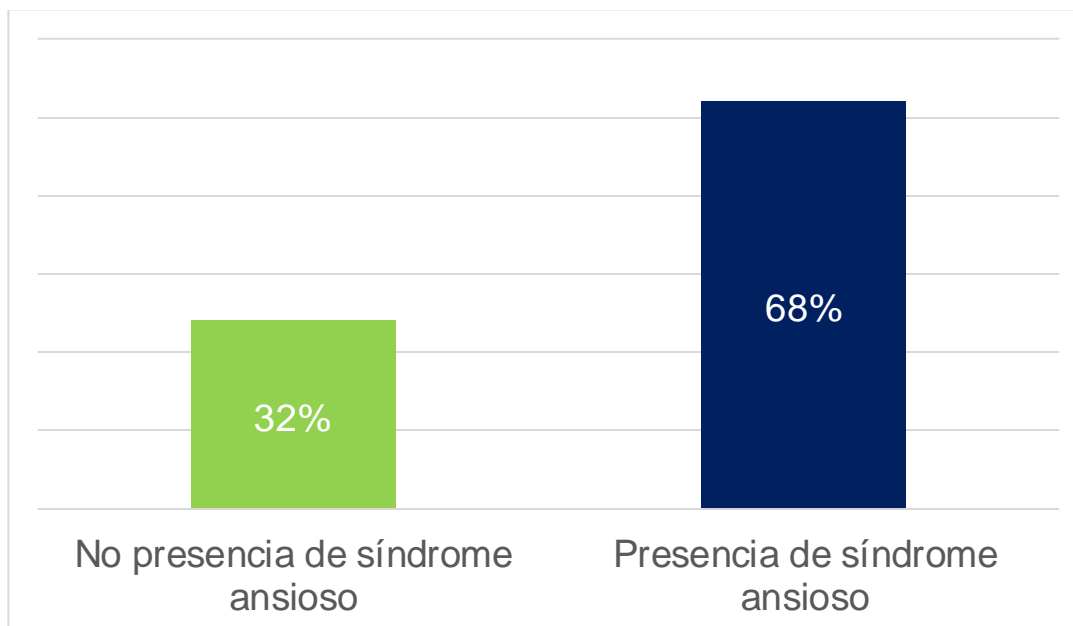
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable con presencia del síndrome ansioso

	<b>N° pacientes</b>	<b>%</b>
No presencia de síndrome ansioso	24	32%
Presencia de síndrome ansioso	52	68%
Total	76	100%

Fuente: Inventario de ansiedad de Beck aplicado a los pacientes del servicio de gastroenterología del HNSEB

**Gráfico N°5**

Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable con presencia del síndrome ansioso



**Interpretación:**

Se encontró que el total de pacientes encuestados con síndrome de intestino irritable, el 68% tienen como co-morbilidad un síndrome ansioso y el 32% no cursó con síndrome ansioso en el momento del diagnóstico, como se interpreta en el gráfico N°5.

**Tabla N°6**

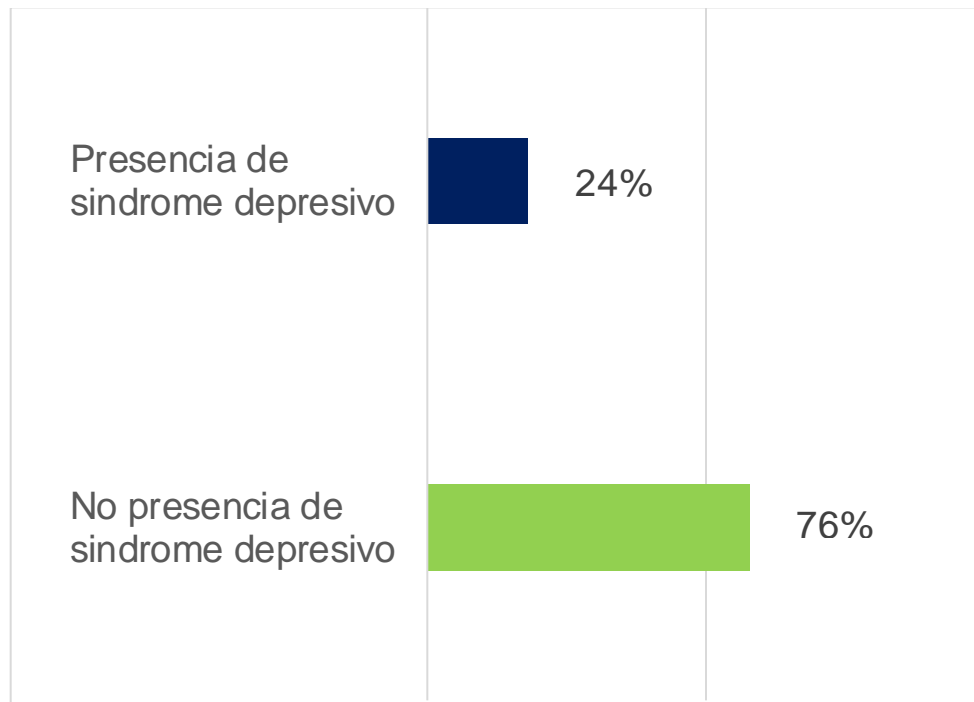
Distribución de frecuencia de pacientes con síndrome de intestino irritable con presencia del síndrome depresivo.

	<b>N° pacientes</b>	<b>%</b>
No presencia de síndrome depresivo	58	76%
Presencia de síndrome depresivo	18	24%
Total	76	100%

Fuente: Inventario de depresión de Beck II aplicado a los pacientes del servicio de gastroenterología del HNSEB

**Gráfico N°6**

Porcentaje de pacientes con síndrome de intestino irritable con presencia del síndrome depresivo



**Interpretación:**

De acuerdo con el gráfico N°6, el 24% de todos los pacientes encuestados sufren de un síndrome depresivo en el momento del diagnóstico y el 76% no curso con síndrome depresivo en el momento del diagnóstico.

## 4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio se limitó en saber la frecuencia del síndrome depresivo y ansioso, y no investigar si es la causa del síndrome de intestino irritable, o si esta es la causa del síndrome depresivo o ansioso.

Para una investigación más práctica se aplicó inventarios para identificar a pacientes con un síndrome ansioso o depresivo, recalcando en la palabra “síndrome” ya que este inventario no es diagnóstico, sino una ayuda diagnóstica para medir o hacer un despistaje del probable trastorno depresivo o ansioso. Se realizó de esta forma el estudio al tener un difícil acceso a un médico psiquiatra para un descarte y la poca incidencia de consulta al psiquiatra por parte de los pacientes.

Las características de los pacientes estudiados son lo esperado para este tipo de enfermedad respecto a la literatura mundial sobre la predominancia del SII en el sexo femenino.

Se llegó como resultado una mayor predominancia de síndrome ansioso a comparación de los que no lo presenta, en donde existe la posibilidad de que sea tan alta por el lugar de toma de muestra que es lima, al estar mayormente predominando el stress por el trabajo y el estilo de vida que se tiene en la capital. Comparando los resultados con los estudios de Vargas y colegas, no son tan diferentes los resultados, en donde el 67% de ellos tenían ansiedad y el 20% depresión, comparándolos con este estudio que son 68% los pacientes con síndrome ansioso y 24% con síndrome depresivo.

En la revisión de antecedentes, se pudo notar una notable heterogeneidad en el momento de estudiar al SII, si bien los criterios de Roma IV son los actuales en el momento de la ejecución de la investigación, abunda en la literatura investigaciones que se basaron para el diagnóstico los criterios de Roma II y con respecto al componente psiquiátrico no se puede comparar tan objetivamente al haber muchos test psicométricos en el mercado.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

Se captó 84 pacientes con síndrome de intestino irritable donde todos aceptaron colaborar en el estudio. De las 84 cuestionarios e inventarios tomadas, se eliminaron de 8 participantes por estar incompleto el llenado.

Las conclusiones a que se arribó al finalizar el estudio son las siguientes:

- Hubo una mayor predominancia de mujeres en el grupo de estudio y un mayor rango de edad oscilando entre los 31 a 50 años de edad, con un promedio de edad de 39 años.
- Con respecto al estado civil y nivel de educación del grupo de estudio, predominó los pacientes en estado civil de conviviente y el nivel de estudio superior respectivamente.
- El síndrome ansioso como co-morbilidad del síndrome de intestino irritable tubo una prevalencia del 68% que corresponde a 52 pacientes estudiados de los 76 estudiados.
- El síndrome depresivo como co-morbilidad del síndrome de intestino irritable tubo una prevalencia de 24% que corresponde a 18 pacientes de los 76 estudiados.

### **5.2. RECOMENDACIONES:**

Como mencionamos en las discusiones, al tener una heterogeneidad de test psicométricos, se debería idear un test para identificar los trastornos mentales más característico en estos pacientes al ser una enfermedad muy prevalente según la literatura mundial y además que el gasto económico es alto sin resultados favorables para el paciente, haciendo creer en una “pseudomedicina” que no presenta evidencia de un resultado favorable.

Con respecto a nuestro resultado de la investigación se podría recomendar al servicio de psicología del HNSEB que se dé prioridad a los pacientes que sufren de síndrome de intestino irritable que tienen entre 31 a 50 años de edad en conocer algún tipo de trastorno psicológico que esté complicando al paciente al ser vulnerable por dicha enfermedad o por el contrario, realizar charlas preventivo-promocionales enfocándose a este grupo etario.

Es importante en recalcar que no se debe tomar a la ligera la salud mental e invitar a los médicos especialistas a tratar a los pacientes de una manera holística y no solo desde el punto de vista de su especialidad, porque esta enfermedad que tiene componentes psiquiátricos la hacen un manejo más complejo. Se podría proponer que todo paciente con un nuevo diagnóstico de SII se haga una interconsulta a psiquiatría y/o psicología para poder ayudar una manera más conjunta al paciente y descartar algún trastorno psiquiátrico que puede estar repercutiendo en el SII.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Venancio MS. Factores de riesgo asociado a síndrome de intestino irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma durante el periodo julio-agosto del 2016 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2017.
2. Banerjee A, Sarkhel S, Sarkar R, Dhali GK. Anxiety and depression in irritable bowel syndrome. *Indian J Psychol Med* 2017; 39:741-5
3. Ramos PJ. Depresión y síndrome de intestino irritable Hospital Nacional Arzobispo Loayza [tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana; 2015.-
4. Vargas-Matos I, Fernando Ng-Sueng L, Flores-Arriaga J, Beltrán-Flores S, Lema-Correa M, Piscocoya A, et al. Superposición del síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional basados en criterios ROMA III en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Peru*. 2015;35(3):219-25.
5. Kibune C, Garcia C, Silva SL and Aparecida M. Irritable bowel syndrome subtypes: Clinical and psychological features, body mass index and comorbidities. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2016; 108 (2): 59-34.
6. Lee YT, Hu LY, Shen CC, Huang MW, Tsai SJ, Yang AC, et al. Risk of Psychiatric Disorders following Irritable Bowel Syndrome: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *PLoS ONE*. 2015; 10(7), e0133283.
7. Farup P, Hestad K, Cognitive Functions and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Research and Practice* 2015; 2015 (2015): 438329.
8. Baysoy GN, Kesicioglu A, Akin D, Dundar T, Pamukcu A. Prevalence of irritable bowel syndrome in adolescents in Turkey: effects of gender,

- lifestyle and psychological factors. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2014; 56(6): 604-611.
9. Fond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, Oliveira J., et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014; 264(8):651-660.
  10. Mazariegos AR. Prevalencia del síndrome de intestino irritable, según criterios de Roma III, en estudiantes de medicina y personal de enfermería del Hospital Roosevelt, de mayo a junio 2014. Tesis de Bachiller. Guatemala de la Asunción. Universidad Rafael Landívar, 2015.
  11. Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología. Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. 20 abril de 2009.
  12. Pluma VH. Frecuencia de 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.
  13. Troche JM. Actualidades en la fisiopatología del síndrome de intestino irritable: el papel de las infecciones. *Med Int Mex* 2012; 28(5):461-472.
  14. Schmulson M, Vargas JA, Colombo LA, Remes JM, López JC. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de Roma III, en un estudio clínico, metacéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. *Revista de Gastroenterología de México* 2010; 4(75):427-438.
  15. González RG. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2012; 32-4: 381-386.
  16. American Gastroenterological Association. The burden of gastrointestinal diseases. Bethesda, MD: American Gastroenterological Association, 2001.
  17. Mearin F, Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. *Med Clin (Barc)* 2007; 128(9):335-43.



18. Spiegel BM, Farid M, Esrailian E, Talley J, Chang L. Is irritable bowel syndrome a diagnosis of exclusion? A survey of primary care providers, gastroenterologists, and IBS experts. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(4): 848–858.
19. Quigley EM. The ‘con’ case. The Rome process and functional gastrointestinal disorders: the barbarians are at the gate! *Neurogastroenterol Motil.* 2007;19(10):793–797.
20. Ford AC, Talley NJ. Irritable bowel syndrome. *BMJ.* 2012;345: e5836.
21. Hungin AP, Chang L, Locke GR, Dennis EH, Barghout V. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21(11):1365–1375.
22. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut.* 2000;46(1):78–82.
23. Chang SY, Jones MP. Consulters and nonconsulters in irritable bowel syndrome: what makes an IBS patient? *Pract Gastroenterol.* 2003; 6:15–26.
24. Koloski NA, Talley NJ, Huskic SS, Boyce PM. Predictors of conventional and alternative health care seeking for irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;17(6): 841–851.
25. Heaton KW, O’Donnell LJ, Braddon FE, Mountford RA, Hughes AO, Cripps PJ. Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: consulters and nonconsulters. *Gastroenterology.* 1992; 102(6):1962–1967.
26. Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P, Singh S. Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey. *Br J Gen Pract.* 2004;54(504): 495–502.

27. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;17(5):643–650.
28. Fernández F, Esteve M, Salas A, Alsina M, Farré C, González G et al. Systematic Evaluation of the Causes of Chronic Watery Diarrhea With Functional Characteristics *Am J Gastroenterol* 2007;102:1-9.
29. Locke GR, Yawn BP, Wollan PC, Melton LJ 3rd, Lydick E, Talley NJ. Incidence of a clinical diagnosis of the irritable bowel syndrome in a United States population. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19:1025-31.
30. Ruigómez A, Wallander MA, Johansson S, Rodríguez LA. One-year follow-up of newly diagnosed irritable bowel syndrome patients. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13:1097-102.
31. Halder SL, Locke GR 3rd, Schleck CD, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd, Talley NJ. Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12 year longitudinal population-based study. *Gastroenterology* 2007; 133:799-807.
32. Sepúlveda R. Síndrome de intestino irritable. *Medicina Universitaria* 2010; 12(46):39-46.
33. Saha, L. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J. Gastroenterol.* 2014, 20, 6759–6773. [CrossRef] [PubMed]
34. El-Salhy M, Gundersen D, Hatlebakk JG, Hausken T. Irritable bowel syndrome: diagnosis, pathogenesis and treatment options. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2012
35. El-Salhy M, Hatlebakk JG, Gilja OH, Hausken T. Irritable bowel syndrome: recent developments in diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2014; 8: 435-443 [PMID: 24580043 DOI: 10.1586/17474124.2014.888952]

36. El-Salhy M, Gundersen D, Gilja OH, Hatlebakk JG, Hausken T. Is irritable bowel syndrome an organic disorder? *World J Gastroenterol* 2014; 20: 384-400 [PMID: 24574708 DOI: 10.3748/wjg.v20.i2.384]
37. Lee YJ, Park KS. Irritable bowel syndrome: emerging paradigm in pathophysiology. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 2456-2469 [PMID: 24627583 DOI: 10.3748/wjg.v20.i10.2456]
38. Vargas, JE, Martínez AE, Rivas J. Síndrome del intestino irritable y factores socio-emocionales: ansiedad, depresión y calidad de vida. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 2012; 6(1): 57-64.
39. Ohman L, Simrén M. Pathogenesis of IBS: role of inflammation, immunity and neuroimmune interactions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010; 7: 163-173 [PMID: 20101257 DOI: 10.1038/nrgastro.2010.4]
40. Öhman L, Törnblom H, Simrén M. Crosstalk at the mucosal border: importance of the gut microenvironment in IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 12: 36-49 [PMID: 25446728 DOI: 10.1038/nrgastro.2014.200]
41. Harvey RF, Mauad EC, Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome: a five-year prospective study. *Lancet* 1987; 1:963-965.
42. Pozos ME, González FA, Lara MY, García ES, Cabrales TC, Sánchez R. Aptitud clínica sobre síndrome de intestino irritable en médicos de primer nivel de atención. *Revista Medicina, Salud y Sociedad* 2011; 1(2):1-10.
43. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JWM. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 8. Art.
44. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications. *Gastroenterology* 2002; 122:1140- 56.

45. Mudipalli RS, Troche JM, Andersen L, Rao SC. Functional chest pain, esophageal or overlapping functional disorder. *J Clin Gastroenterol* 2007; 41:264.
46. Ford AC, Bercik P, Morgan DG, Bolino C, Pintos-Sanchez MI, Moayedi P. Validation of the Rome III criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome in secondary care. *Gastroenterology*. 2013; 145:1262–1270. doi: 10.1053/j.gastro.2013.08.048.
47. Palsson OS, Whitehead WE, Van-Tilburg MA, Chang L, Chey W, Crowell MD, Keefer L, Lembo AJ, Parkman HP, Rao SS, et al. Rome IV Diagnostic Questionnaires and Tables for Investigators and Clinicians. *Gastroenterology*. 2016 doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.014
48. Zijdenbos IL, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Quartero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art.
49. Francis A. Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. *Rev. Gastroenterol Perú* 2007; 27: 177-184.
50. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipram versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003; 125:19-31.
51. Ford A, Talley N, Schoenfeld P, et al. Efficacy of psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2008;103 (1): S477 (1219).
52. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EA, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2009; 58:367-78.
53. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. *Guía de Práctica Clínica del Síndrome del Intestino Irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable*. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad

- Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2005.
54. Lesbros D, Michetti P, Fried M, et al. Meta-analysis: The treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 20:1253-69.
  55. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1480- 91.
  56. Pimentel M, Park S, Mirocha J. Effect of a nonabsorbed oral antibiotic (rifaximin) on the symptoms of the irritable bowel syndrome: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006; 145:557-63.
  57. Tack J, Fried M, Houghton LA, et al. Systematic review: the efficacy of treatments for irritable bowel syndrome: a European perspective. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006; 24:183-205.
  58. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, et al. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4) CD005110.
  59. Unikel G. Tratamiento psicosocial y farmacológico de la depresión. *Mexico Quarterly Review* [en línea] 2010 [accesado el 2 de marzo de 2016]. 1(4). Disponible en: [www.admin.udla.mx](http://www.admin.udla.mx)
  60. Zarragoitia I. La estigmatización en la depresión. *ALCMEON* 2010; 16(3): 254-265.
  61. García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona, España: Ars Médica; 2004.
  62. Lozano Ortiz JA. Síntomas residuales y tratamiento de la depresión. *SEMERGEN.* 2009; 35(1): 43-49.
  63. Greden JF. The burden of Recurrent depression: Causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(22): 5-14.
  64. Heinze G. Nuevos retos en el abordaje de la enfermedad depresiva. *APAL* [en línea] [accesado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

65. Terrazas E, García A, Díaz de Neira M, et al. "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011; 31(111): 457-475.
66. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388: 10053.
67. Cipriani A, Brambilla P, Furukawa T, Geddes J, Gregis M, Hotopf M, Malvini L, Barbui C: Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD004185.
68. Anderson IM: Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 2000; 58:19–36.
69. Macgillivray S, Arroll B, Hatcher S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, Williams B, Crombie I: Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326:1014.
70. Thase ME, Trivedi MH, Rush AJ: MAOIs in the contemporary treatment of depression. *Neuropsychopharmacology* 1995; 12:185–219.
71. Quitkin F, Rifkin A, Klein DF: Monoamine oxidase inhibitors: a review of antidepressant effectiveness. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36:749–760.
72. McGrath PJ, Stewart JW, Fava M, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Thase ME, Davis L, Biggs MM, Shores-Wilson K, Luther JF, Niederehe G, Warden D, Rush AJ: Tranylcypromine versus venlafaxine plus mirtazapine following three failed antidepressant medication trials for depression: a STARD report. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1531–1541.
73. Bauer M, Tharmanathan P, Volz HP, Moeller HJ, Freemantle N: The effect of venlafaxine compared with other antidepressants and placebo in the

- treatment of major depression: a meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259:172–185.
74. Gartlehner G, Gaynes BN, Hansen RA, Thieda P, DeVeaugh-Geiss A, Krebs EE, Moore CG, Morgan L, Lohr KN: Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008; 149:734–750.
  75. Thase ME, Kornstein SG, Germain JM, Jiang Q, Guico-Pabia C, Ninan PT: An integrated analysis of the efficacy of desvenlafaxine compared with placebo in patients with major depressive disorder. *CNS Spectr* 2009; 14:144–154.
  76. Anderson IM: Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 2000; 58:19–36.
  77. Agency for Healthcare Policy Research: Evidence Report on Treatment of Depression—Newer Pharmacotherapies. San Antonio Evidence-Based Practice Center. Washington, DC, AHCPR, Evidence-Based Practice Centers, 1999.
  78. Miller IW, Norman WH, Keitner GI, Bishop SB: Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behav Ther* 1989; 20:25–47.
  79. Stuart S, Wright JH, Thase ME, Beck AT: Cognitive therapy with inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19:42–50.
  80. Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, Leonhart R, Berger M: An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007; 164:768–777.
  81. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB: Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitivebehavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75:475–488 .

82. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, Rizvi SL, Gollan JK, Dunner DL, Jacobson NS: Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:468–477.
83. Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
84. Dugas, M.J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Nueva York: 135 Routledge.
85. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
86. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of Anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012; 21(3): 169-184.
87. Phillips KA, Friedman, MJ, Stein DJ, et al. Special DSM-V issues on anxiety, obsessive–compulsive spectrum, posttraumatic, and dissociative disorders. *Depress Anxiety* 2010;27(2):91–92.
88. Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV, et al. The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS study. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(6):597–603.
89. Kaufman JD, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000(12 Suppl 1):69–76.
90. Koen N, Stein DJ. Pharmacotherapy of anxiety disorders: A critical review. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13(4):423–437.



91. Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of Anxiety disorders: A review of progress. *J Clin Psychiatry* 2010;71(7):839–854.
92. Pae CU, Marks DM, Shah M, et al. Milnacipran: Beyond a role of antidepressant. *Clin Neuropharmacol* 2009;32(6):355–363.
93. Otto MW, et al. Discontinuation of benzodiazepine treatment: Efficacy of cognitive–behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150(10):1485–1490.
94. Pollack MH, Matthews J, Scott EL. Gabapentin as a potential treatment for anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1998;155(7):992–993.
95. McDougle CJ. Update on pharmacologic management of OCD: Agents and augmentation. *J Clin Psychiatry* 1997(58 Suppl 12):11–17.
96. Botella C, Gallego MJ, Garcia-Palacios A, et al. An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2010;13(4):407–421.
97. Koszycki D, Talijsaard M, Segal Z, et al. A randomized trial of sertraline, self-administered cognitive behavior therapy, and their combination for panic disorder. *Psychol Med* 2011;41(2):373–383.
98. Diccionario de la Real Academia Española. 23<sup>a</sup> ed. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014. Ansiedad; p.102.
99. Diccionario de la Real Academia Española. 23<sup>a</sup> ed. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014. Diarrea; p. 552.
100. Diccionario de la Real Academia Española. 23<sup>a</sup> ed. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014. Estreñimiento; p. 680.
101. Diccionario de la Real Academia Española. 23<sup>a</sup> ed. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014. Estrés; p. 680.
102. Diccionario de la Real Academia Española. 23<sup>a</sup> ed. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014. Dispepsia; p. 565.
103. Diccionario de la Real Academia Española. 23<sup>a</sup> ed. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014. Depresión; p. 507.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Laurence LB. Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12ª ed. New York: Mc Graw-Hill; 2012.
2. Argente HA, Álvarez ME. Semiología Médica. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2013.
3. American Psychiatric Association. Guía de estudio del DSM-5. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2017.
4. Alvarez CR. Estadística aplicada a las ciencias de la salud. España: Días de Santos; 2007.
5. Avila HL. Introducción a la metodología de la investigación. México: Editorial Eumed; 2006.
6. Hernandez SR, Fernandez CR. Metodología de la investigación. 6º ed. Mexico: Mc Graw Hill education; 2014.
7. Villalobos PJ, Valdovinos DM, Olivera MM, Torres VG. Gastroenterología. 6º ed. México: Mendez Editores; 2000.
8. Vallejos RJ, Gastó FC. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2º ed. Barcelona: Salvat Editores SA; 1990.
9. Enriquez BH, et al. Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. 1º ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2010.

# ANEXOS

**ANEXO N°1  
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Síndrome ansioso y depresivo</b>						
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>N° DE ÍTEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>% DE ÍTEMS</b>
Síndrome ansioso	Ítems establecidos por el inventario de ansiedad de Beck	21	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de ansiedad</li> <li>• No presencia de ansiedad</li> </ul>	Inventario de ansiedad de Beck	45.6%
Síndrome depresivo	Ítems establecidos por el inventario de depresión de Beck II	21	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de depresión</li> <li>• No presencia de depresión</li> </ul>	Inventario de depresión de Beck II	45.6%
Características sociodemográficas	Edad	1	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [18 – 30] años</li> <li>• [31 – 50] años</li> <li>• [51 - &gt; años</li> </ul>	Cuestionario sociodemográfico	2.2%
	Sexo	1	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	Cuestionario sociodemográfico	2.2%
	Nivel de instrucción	1	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Inicial</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>	Cuestionario sociodemográfico	2.2%
	Estado Civil	1	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Viudo</li> </ul>	Cuestionario sociodemográfico	2.2%
<b>TOTAL:</b>						<b>100%</b>

**ANEXO N°2  
INSTRUMENTOS**

N° Ficha

**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO**

N° DNI: \_\_\_\_\_ Iniciales de su nombre completo: \_\_\_\_\_

Sexo:

- 1) Masculino                      2) Femenino

Edad:

- 1) De 18 a 30 años              2) De 31 a 50 años              3) De 51 a más años

Nivel de instrucción concluida:

- 1) Ninguno                      2) Inicial                      3) Primaria  
4) Secundaria                      5) Superior

Estado civil:

- 1) Soltero                      2) Casado                      3) Conviviente  
4) Divorciado o separado              5) Viudo

## INVENTARIO I

**Hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad.  
Lea cada uno de los ítems e indique cuanto le ha  
afectado en la última semana incluyendo hoy:**

Durante la última semana me he sentido...	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

## INVENTARIO II

**En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección**

1.

- A) No me siento triste.
- B) Me siento triste gran parte del tiempo.
- C) Me siento triste todo el tiempo.
- D) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2.

- A) No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- B) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- C) No espero que las cosas funcionen para mí.
- D) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3.

- A) No me siento como un fracasado.
- B) He fracasado más de lo que hubiera debido.
- C) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- D) Siento que como persona soy un fracaso completo.

4.

- A) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- B) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- C) Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- D) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5.

- A) No me siento particularmente culpable.
- B) Me siento culpable de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- C) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- D) Me siento culpable todo el tiempo.

6.

- A) No siento que este siendo castigado.
- B) Siento que tal vez pueda ser castigado.
- C) Espero ser castigado.
- D) Siento que estoy siendo castigado.

7.	<p>A) Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>B) He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>C) Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>D) No me gusto a mí mismo.</p>
8.	<p>A) No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>B) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>C) Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>D) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
9.	<p>A) No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>B) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>C) Quería matarme.</p> <p>D) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
10.	<p>A) No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>B) Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>C) Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>D) Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>
11.	<p>A) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>B) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>C) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>D) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>
12.	<p>A) No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>B) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>C) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>D) Me es difícil interesarme por algo.</p>
13.	<p>A) Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>B) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>C) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>D) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>
14.	<p>A) No siento que yo no sea valioso.</p> <p>B) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>C) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>D) Siento que no valgo nada</p>



<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Tengo tanta energía como siempre.</li> <li>B) Tengo menos energía que la que solía tener.</li> <li>C) No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</li> <li>D) No tengo energía suficiente para hacer nada.</li> </ul>
<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</li> <li>B.1) Duermo un poco más que lo habitual.</li> <li>B.2) Duermo un poco menos que lo habitual.</li> <li>C.1) Duermo mucho más que lo habitual.</li> <li>C.2) Duermo mucho menos que lo habitual.</li> <li>D.1) Duermo la mayor parte del día.</li> <li>D.2) Me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</li> </ul>
<p>17.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) No estoy tan irritable que lo habitual.</li> <li>B) Estoy más irritable que lo habitual.</li> <li>C) Estoy mucho más irritable que lo habitual.</li> <li>D) Estoy irritable todo el tiempo.</li> </ul>
<p>18.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</li> <li>B.1) Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</li> <li>B.2) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</li> <li>C.1) Mi apetito es mucho menos que antes.</li> <li>C.2) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</li> <li>D.1) No tengo apetito en absoluto.</li> <li>D.2) Quiero comer todo el día.</li> </ul>
<p>19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Puedo concentrarme tan bien como siempre.</li> <li>B) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</li> <li>C) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</li> <li>D) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</li> </ul>
<p>20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</li> <li>B) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</li> <li>C) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</li> <li>D) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</li> </ul>
<p>21.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) No he notado ningún cambio reciente de mi interés por el sexo.</li> <li>B) Estoy menos interesado en el sexo de lo solía estar.</li> <li>C) Estoy mucho menos interesado por el sexo.</li> <li>D) He perdido por completo mi interés por el sexo.</li> </ul>

**ANEXO N°3**  
**VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS**

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *BAZAN RODRIGUEZ FISI*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE UPSJB*  
 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: *Inventario de ansiedad de Beck*  
 1.5 Autor del instrumento: *Mayta Lozano Bhenjy Raul*

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

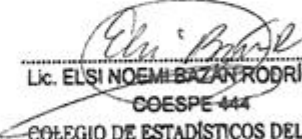
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre síndrome ansioso en síndrome de intestino irritable.					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					88%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					86%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la prevalencia de síndrome ansioso en paciente con síndrome de intestino irritable.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					82%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Aplicable*

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

*86.2%*

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2018

  
Lc. EL SI NOEMI BAZÁN RODRÍGUEZ  
COESPE 444  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante  
D.N.I N° *19209983*  
Teléfono *927 414 879*

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *BAZAN RODRIGUEZ ESI*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE UPSJB*
- 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo
- 1.4 Nombre del instrumento: Inventario de depresión de Beck II
- 1.5 Autor del instrumento: Mayta Lozano Bhenjy Raul

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					<i>85%</i>
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					<i>86%</i>
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre síndrome depresivo en síndrome de intestino irritable.					<i>88%</i>
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					<i>86%</i>
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					<i>87%</i>
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la prevalencia de síndrome depresivo en paciente con síndrome de intestino irritable.					<i>88%</i>
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					<i>81%</i>
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					<i>85%</i>
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					<i>88%</i>

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Aplicase*

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

*86%*

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2018

*Eli Noemibazan*  
Lic. ELSI NOEMIBAZAN RODRIGUEZ  
COESPE 444  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERU

Firma del Experto Informante

D.N.I N° *19209883*  
Teléfono *972 418 879*

## I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *BAZAN RODRIGUEZ FLS*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE UPSJB*  
 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario sociodemográfico  
 1.5 Autor del instrumento: Mayta Lozano Bhenjy Raúl

## II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre las características sociodemográficas.					81%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				75%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				78%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los detalles de las características sociodemográficas.					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				72%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				75%	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.				78%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Aplicable*

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

*77.7 %*

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2018

*Eli Noembazán*  
Lic. ELSI NOEMBAZÁN RODRÍGUEZ  
COESPE 444  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante  
D.N.I N° *19209382*  
Teléfono *977 414 879*

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *Jesus Angel Mamrique Galvez*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Medico Psiquiatra*
- 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo
- 1.4 Nombre del instrumento: *Inventario de ansiedad de Beck*
- 1.5 Autor del instrumento: *Mayta Lozano Bhenjy Raul*

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					83%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					86%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre síndrome ansioso en síndrome de intestino irritable.					81%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					84%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la prevalencia de síndrome ansioso en paciente con síndrome de intestino irritable.					89%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					82%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					85%




III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

84%

Lugar y Fecha: Lima, 16 Enero de 2018

 MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
.....  
Dr. J. Angel Manrique Galvez  
MEDICO PSIQUIATRA  
CMP 77047 RNE 19784

Firma del Experto Informante  
D.N.I N° ... 07731928 ...  
Teléfono .....

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *Jesus Angel Monrique Galvez*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Medico Psiquiatra*  
 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: *Inventario de depresión de Beck II*  
 1.5 Autor del instrumento: *Mayta Lozano Bhenjy Raúl*

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				78%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				72%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre el síndrome depresivo en pacientes con síndrome de intestino irritable.					83%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la prevalencia del síndrome depresivo en paciente con síndrome de intestino irritable.					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				70%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				73%	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.				79%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

77.81

Lugar y Fecha: Lima, 16 Enero de 2018

 MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL GERARDO E. BERNALDES  
.....  
Dr. J. Ángel Manrique Galvez  
MÉDICO PSIQUIATRA  
CMP 27042 RNE 19784

Firma del Experto Informante

D.N.I N° ...07231982

Teléfono .....

## I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *Jesus Angel Manrique Galvez*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Medico Psiquiatra*  
 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario sociodemográfico  
 1.5 Autor del instrumento: Mayta Lozano Bhenjy Raúl

## II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				76%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					82%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre las características sociodemográficas.					86%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				74%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los detalles de las características sociodemográficas.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					84%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				79%	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.				75%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

79.6%

Lugar y Fecha: Lima, 16 Enero de 2018

 MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL ENRIQUE BERNALES  
.....  
Dr. J. Angel Manrique Galvez  
MEDICO PSIQUIATRA  
CNP 27042 RNE 19784

Firma del Experto Informante

D.N.I N° ...07731982...

Teléfono .....

## I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Luis Florian Tutuya  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Jefe de servicio de neonatología HNAL  
 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: Inventario de ansiedad de Beck  
 1.5 Autor del instrumento: Mayta Lozano Bhenjy Raúl

## II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					81 %
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					86 %
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre el síndrome ansioso en pacientes con síndrome de intestino irritable.				76 %	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				78 %	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					83 %
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la prevalencia de síndrome ansioso en paciente con síndrome de intestino irritable.				74 %	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				79 %	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					83 %
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					87 %

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80.7 %

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2018

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

Dr. LUIS FLORIAN TUTAYA  
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA  
C.M.P. 32712 RNE 14773

Firma del Experto Informante

D.N.I N° 09607488

Teléfono .....994676243

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Luis Florian Tubaya  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Jefe de servicio de neonatología HNAL  
 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: Inventario de depresión de Beck II  
 1.5 Autor del instrumento: Mayta Lozano Bhenjy Raúl

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				79 %	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					88 %
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre el síndrome depresivo en pacientes con síndrome de intestino irritable.				74 %	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				76 %	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80 %	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la prevalencia del síndrome depresivo en paciente con síndrome de intestino irritable.				77 %	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					83 %
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80 %	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.					84 %



III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80.1 %

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2018

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

Dr. LUIS FLORIAN TUTAYA  
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA  
C.M.P. 32712 RNE 14773

Firma del Experto Informante

D.N.I N° 09607488

Teléfono 994676243

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Luis Florian Tutaya  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Jefe de servicio de neonatología HNAL  
 1.3 Tipo de experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario sociodemográfico  
 1.5 Autor del instrumento: Mayta Lozano Bhenjy Raúl

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				74 %	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					86 %
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre las características sociodemográficas.				72 %	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				75 %	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					83 %
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer los detalles de las características sociodemográficas.				76 %	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80 %	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					82 %
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.				77 %	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

78.3 %

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2018

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

Dr. LUIS FLORIAN TUTAYA  
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA  
C.M.P. 32712 RNE 14773

Firma del Experto Informante

D.N.I N° 09607488

Teléfono 994676743

**ANEXO N°4**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES INDICADORES</b> <span style="float: right;"><b>E</b></span>
<p><b>General:</b></p> <p>PG: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome ansioso y depresivo en el síndrome de intestino irritable?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas del síndrome de intestino irritable?</p> <p>PE 2: ¿Quiénes son los pacientes con síndrome de intestino irritable que tienen como comorbilidad el síndrome ansioso?</p>	<p><b>General:</b></p> <p>OG: Conocer la prevalencia del síndrome ansioso y depresivo en síndrome de intestino irritable</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>OE1: Detallar las características sociodemográficas del síndrome de intestino irritable</p> <p>OE2: Identificar a los pacientes con síndrome de intestino irritable que tienen como co-morbilidad el síndrome ansioso por medio del inventario de ansiedad de Beck</p>	<p><b>General:</b></p> <p>HG: Debido a que el diseño de la investigación a realizar es descriptivo no fue necesaria la formulación de una hipótesis, ya que esta no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis)</p>	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome ansioso</li> <li>• Síndrome depresivo</li> </ul> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ítems del inventario de ansiedad de Beck</li> <li>• Ítems del inventario de depresión de Beck II</li> </ul>

<p>PE3: ¿Quiénes son los pacientes con síndrome de intestino irritable que tienen como comorbilidad el síndrome depresivo?</p>	<p>OE3: Identificar a los pacientes con síndrome de intestino irritable que tienen como co-morbilidad el síndrome depresivo por medio del inventario de depresión de Beck II</p>		
Diseño metodológico	Población y Muestra		Técnicas e Instrumentos
<p>- <b>Nivel:</b> Básico</p> <p>- <b>Tipo de Investigación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Según tendencia: cuantitativa</li> <li>▪ Según el momento del estudio: prospectivo</li> <li>▪ Según la evolución del fenómeno: transversal</li> <li>▪ Según la comparación de poblaciones muestrales: descriptivo</li> </ul>	<p><b>Población:</b></p> <p>Pacientes diagnosticados en el consultorio de gastroenterología de síndrome de intestino irritable en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, con un total de 86 pacientes que se les aplicó los instrumentos.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia u oportunista. Este tipo de muestreo se realizó debido al reducido número de pacientes con diagnóstico de SII que estuvieron en el momento de la toma de muestra, con un total de 86</p>		<p><b>Técnica:</b></p> <p>La técnica realizada fue la “autoadministración” del inventario de depresión de Beck II, el inventario de ansiedad de Beck y un cuestionario sociodemográfico</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Según la interferencia del investigador: observacional</li> <li>▪ Según el análisis de resultados: descriptivo</li> </ul> <p><b>- Diseño:</b> No experimental, transeccional descriptivo</p>	<p>pacientes en donde solo 76 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que se menciona en breve.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes mayores de 18 años</li> <li>• Pacientes que acepten participar en el estudio</li> </ul> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente que no goza de capacidad cognitiva suficiente para la aplicación del instrumento</li> <li>• Pacientes que llenen incompleto el inventario</li> </ul>	<p><b>Instrumentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario sociodemográfico</li> <li>• Inventario de ansiedad de Beck</li> <li>• Inventario de depresión de Beck II</li> </ul>
---	---	---

## ANEXO N°5 AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



"Año del Dialogo y la Reconciliación"

MEMO N°. 008 -2018-OF-ADEI-HSEB

A : Sr. MAYTA LOZANO Bhenjy Raul  
Asunto : Autorización para aplicación de instrumento de Proyecto de Investigación  
Ref. : Solicitud s/n de fecha 08 de Enero 2018  
Fecha : 09 ENE 2018

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta a su solicitud de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: "Síndrome ansioso y depresivo en Síndrome de Intestino irritable en el Hospital Sergio E. Bernales, Enero del 2018".

Esta Oficina acepta su solicitud de la aplicación del Instrumento.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
DR. OSCAR OTOYA PETIT  
C.P. N° 19131 - R.N.E. 6323  
JEFATURA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

C. c  
Archivo  
OOOP/Sofia

**ANEXO N°6**  
**INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS**



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

ACREDITADA INTERNACIONALMENTE

**INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS**

**NOMBRE:** BHENJY RAÚL MAYTA LOZANO

**TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:**

- MONOGRAFÍA ( )
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ( )
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ( )
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ( )
- PROYECTO DE TESIS ( )
- TESIS (X)
- OTROS ( )

**INFORME DE COINCIDENCIAS (SEGÚN PLATAFORMA TURNITIN):**

Revisión de tesis: **SÍNDROME ANSIOSO Y DEPRESIVO EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, ENERO DEL 2018.**

**Programa turnitin:**

**REVISIÓN 2: 17%**

**Conformidad Investigador:**

**Nombre:** Bhenjy Raul Mayta Lozano

**DNI:** 72670297

**Huella:**



**Conformidad Asesor:**

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"  
.....  
**Dr. LUIS FLORIÁN TUTAYA**  
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA  
C.M.P. 32712 RNE 14773

**Nombre:** Dr. Luis Florián Tutaya

**Equipo de Investigación:**

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"  
.....  
**Dr. LUIS FLORIÁN TUTAYA**  
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA  
C.M.P. 32712 RNE 14773

**Nombre:** Dr. Luis Florián Tutaya

06/02/18