



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
PUEBLA**

**VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL AREA DE LA SALUD**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2**

**“CORRELACION DE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES DE LA UMF N°2 CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE
ACUERDO A LOS CRITERIOS DE ROMA III”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIA ODILIA CHAVEZ PEÑALOZA

ASESORES DE TESIS:

Dr. J. Emilio G. Rodríguez Aguilar

Coordinador Delegacional de Educación e Investigación en Salud

Dr. Aurelio López Colombo

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

NUMERO DE REGISTRO: 2013-2013-1

PUEBLA, PUEBLA. 2015

AGRADECIMIENTO:

DIOS: por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. Y me diste la fuerza y confianza en mí misma para seguir adelante y lograr mis objetivos.

UMF 2 : por abrirme las puertas, recibéndome y dándome la oportunidad para prepararme, facilitándome todas las áreas de trabajo y permitiéndome desenvolverme en cada una de ellas.

ASESORES DE TESIS: Dr. Emilio Rodríguez Aguilar, Dr. Aurelio López Colombo por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado guiarme en la elaboración de este trabajo.

DEDICATORIA:

A mi madre Ma. De la luz y a mis hermanos, con todo mi cariño y mi amor porque hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mi tío miguel, que gracias a usted pude lograr mi sueño de ser médico, siempre lo tendré presente y estaré agradecida toda la vida, por todo el apoyo que me brindo cuando más lo necesite, mil gracias.

A mis hijos Sofía y diego, que con sus dulces miradas y sonrisas me motivan día a día a seguir luchando para ofrecerles algo mejor, aun cuando en mente y cuerpo me siento cansada y les he quitado tiempo para poder realizar mis deberes, a ustedes mis hermosos hijos les dedico todos mis logros.

A mi esposo Omar, por su paciencia y comprensión, por su apoyo, bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor, ahora puedo decir que esta tesis la he logrado en gran parte gracias a ti, gracias por estar siempre a mi lado.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño está tesis se las dedico también a mis suegros: Adrián e Irene por todo el tiempo que me apoyaron con mis hijos en su cuidado, mientras yo hacia la residencia.

CONTENIDO:

RESUMEN	3
1. Antecedentes	4
1.1. Antecedentes Generales	4
1.1.1 Introducción.	4
1.1.2 Definición y epidemiología.	4
1.1.3 Fisiopatología en el Síndrome de Intestino Irritable	5
1.1.4 Cuadro Clínico	5
1.1.5 Evaluación Diagnostica	6
1.1.6 Tratamiento.	6
1.1.7 Síndrome de Intestino Irritable y la Función Familiar	09
1.1.8 Síndrome de Intestino Irritable y la Calidad de Vida	10
1. 2 Antecedentes Específicos	12
2. Justificación	15
3. Planteamiento del Problema	15
4. Pregunta Científica	16
5. Objetivos	16
5.1 Objetivo General	16
5.2 Objetivos Específicos	16
6. Hipótesis	17
7. Material y métodos	17
7.1 Diseño del estudio	17
7.2 Espacio-temporal	17
7.3 Estrategia de trabajo	18
7.4 Marco muestral	18
7.5.1 Criterios de Selección	19
7.6 Diseño y tipo de muestreo	19
7.6.1 Tipo de muestreo	19
7.6.2 Tamaño de la muestra	19
7.7 Variables y escala de medición	20
7.7.1 Variable independiente funcionalidad familiar	20
7.7.2 Variable dependiente Calidad de vida	21
7.7.3 Variables Sociodemográficas de Control	22
8. Logística	22
8.1 Recursos humanos	22
8.2 Recursos materiales	22
8.3 Recursos financieros	23
8.4 Consideraciones éticas	23
8.6 resultados	24
8.7 discusión y conclusión	37
9. Bibliografía	40
10. Anexos	43

RESUMEN:

“CORRELACION DE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UMF N°2 CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE ROMA III”

Introducción.- Durante las últimas décadas los trastornos gastrointestinales de naturaleza crónica, como son las enfermedades ácido-pépticas, pancreatitis, esofágicas, enfermedad celiaca e inflamatoria intestinal, etc. Han incrementado su prevalencia sobre todo el Síndrome de Intestino Irritable (SII) y para su diagnóstico nos es útil los criterios de roma III. El SII implica un impacto importante en la calidad de vida y la funcionalidad familiar ya que afecta todos los ámbitos cotidianos, laboral, social, sexual, actividades domésticas, ocio etc, por lo tanto surge la necesidad de realizar este trabajo, por ser una de las patologías más comunes en la consulta externa de medicina familiar.

Objetivo: Conocer la correlación entre calidad de vida y funcionalidad familiar de pacientes con síndrome de intestino irritable de acuerdo a los criterios de Roma III en la Unidad de Medicina familiar No.2.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prolectivo y homodémico en la UMF num. 2 del IMSS delegación Puebla. Con una muestra no probabilística, determinística a conveniencia. Se solicitó información al área de informática de los pacientes captados con SII de septiembre a diciembre del 2013 y se les invitó previo consentimiento informado, a la aplicación de dos instrumentos uno para medir calidad de vida IBSQOL y otro para medir la funcionalidad familiar con el FACES III, para analizar los datos utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 20. Se realizó correlación de Pearson en base a la distribución de los datos obtenidos con prueba de K-S (kolmogorov-S) y con chi cuadrada.

Resultados: de 100 pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable, el 77 % fueron mujeres, con un rango de edad de 18-50 años, edad media de 37.5 con una desviación estándar de 9.64, la edad promedio que presento SII variedad diarreico fue de 36.67, en su variedad estreñimiento de 37.91, variedad mixta de 37.8 años. El porcentaje global de familia semi-relacionada es del 42%, relacionada de 25%, no relacionada 18% y aglutinada 15%. Se enfatiza que el género femenino el porcentaje de las familias no relacionadas y las familias aglutinadas son del 19.48% y la relacionada con el 24.67%. Los resultados sobre la indagación de calidad de vida se obtuvo un promedio global del 89.33% en buena, 68.29% regular y 38.88% mala; las puntuaciones promedio de los porcentajes del género femenino se ubicaron en 87.36%, 68.92% y 39.49% en buena, regular y mala respectivamente. Al correlacionar calidad de vida buena y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable se observó de manera global que en los resultados obtenidos no existe correlación entre ambas variables.

Conclusiones: No existe correlación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con SII; La calidad de vida de nuestros pacientes en general fue buena, pero los que tuvieron mala calidad las áreas más afectadas fueron el estado emocional y las relaciones sociales de los pacientes. Los factores intrínsecos a la familia (cohesión y adaptabilidad), no afectan la calidad de vida, están asociadas más a factores extrínsecos del individuo como la ansiedad, el estrés, la alimentación.

1. ANTECEDENTES (MARCO TEÓRICO).

1.1 Antecedentes generales.

1.1.1 Introducción.

Durante las últimas décadas los trastornos gastrointestinales de naturaleza crónica, como son las enfermedades acido-pépticas, pancreatitis, esofágicas, enfermedad celiaca e inflamatoria intestinal, etc. han incrementado su prevalencia sobre todo el Síndrome de Intestino Irritable (SII), el cual, se consideraba un padecimiento de diagnóstico de exclusión, fue hasta que Manning describió los criterios más comunes; posteriormente Kruis (1984) resaltó la cronicidad de los síntomas y la necesidad de destacar criterios de alarma que beneficiaran el diagnóstico de trastornos funcionales gastrointestinales; aunque, no permitían establecer su frecuencia y mucho menos su prevalencia de la población en general; subsiguientemente en 1990 surgieron los criterios de Roma I y en 1999 los criterios de Roma II, lo que permitió evaluar su incidencia y prevalencia, al contar ya con una definición diagnóstica; sin embargo, a pesar de estas aportaciones existe dificultad para poder justificar otra sintomatología presente; de ahí surgen en 2006 los criterios de Roma III; (1, 2, 3).

1.1.2 Definición y epidemiología.

La evolución en los criterios diagnósticos en el SII le ha dado ciertos matices a la definición de esta patología, entre sus primeras definiciones se encuentra como: un trastorno motor cuyas manifestaciones clínicas consisten en la alteración de los hábitos intestinales, presencia de dolor abdominal y la ausencia de un proceso patológico detectable, asociado frecuentemente con determinantes emocionales o periodos prolongados de estrés y una alimentación errónea (5).

Otros la consideran como un trastorno funcional digestivo crónico y recurrente, caracterizado por dolor, distensión abdominal y cambios en el patrón evacuatorio. (6).

Ante lo inespecífico de estas definiciones surge lo que proviene de los criterios de Roma III, que señala que es, un trastorno funcional intestinal en el que el dolor o malestar abdominal,

se asocia a cambios en el hábito intestinal o alteraciones en la defecación, considerándolo un trastorno crónico y recurrente de curso benigno, con episodios de exacerbaciones y remisiones que afecta la calidad de vida en grado variable y que actualmente se reconocen 4 subgrupos de acuerdo al comportamiento del hábito intestinal y son: SII con predominio de diarrea (SII-D) , SII con predominio de estreñimiento (SII-E) , SII Mixto (SII-A) y SII no clasificable.(7)

El SII es frecuente en la población en general y constituye una de las primeras causas de consulta en medicina familiar y gastroenterología; aunque su prevalencia varía en relación a la población estudiada y los criterios utilizados, por lo general va del 10 al 20% en la población abierta, con mayor predominio en el sexo femenino, con una relación hombre mujer de 2 a 1. (6).

1.1.3 Fisiopatología en el Síndrome de Intestino Irritable.

El SII es un trastorno multifuncional que hasta el momento se desconoce una causa bien definida, se le atribuye un enfoque psicosocial con múltiples factores que actúan en su desarrollo, existen teorías que lo clasifican en: alteraciones en la interacción del eje cerebro-intestino, trastornos de la motilidad e hipersensibilidad visceral, alteraciones secretorias neuroendocrina y del gas intestinal.

El SII está dado por diversos factores como trastornos de la motilidad, alteraciones en la flora intestinal (procesos inflamatorios), sobrecrecimiento bacteriano, antecedentes de maltrato físico o psicológico, estrés, se asocia a trastornos de dispepsia funcional, síndrome de fatiga crónica, cistitis intersticial y cefalea tensional.(5, 6, 7, 9,10)

1.1.4 Cuadro clínico.

La manifestación principal del SII es dolor o malestar abdominal crónico, asociado con alteraciones en el hábito intestinal, generalmente los pacientes tienen miedo de padecer una enfermedad orgánica seria como: cáncer o enfermedad inflamatoria intestinal; sin embargo, la presencia de diarrea y/o estreñimiento,

distensión abdominal y sensación de inflamación se presenta en el 96% de los pacientes. El dolor abdominal suele ser de tipo cólico calambre y se alivia con la evacuación, pero requiere de realizar un diagnóstico diferencial con trastornos biliares, enfermedad ulcero péptica, urolitiasis y algunos problemas ginecológicos.

Además de estos síntomas. existen los extra intestinales que se asocian al SII, como son: cefalea que suele presentarse del 23 al 45%, dolor de espalda se presenta de un 27 a 81%, fatiga crónica del 36 al 63%, mialgias del 29 al 36%, dispareunia 9 al 42%, frecuencia urinaria del 21 al 61% y mareo del 11 al 27%.

Consecutivamente los síntomas descritos en los criterios de Roma III se clasifican en: trastornos funcionales esofágicos, trastornos funcionales gastroduodenales, trastornos funcionales intestinales, síndrome de dolor abdominal funcional, trastornos funcionales de la vesícula y el esfínter de Oddi, trastornos funcionales ano rectales y trastornos funcionales de la defecación; cada uno de ellos con características específicas. (2,4,6,8,10).

1.1.5 Diagnóstico.

Existen criterios diagnósticos de síndrome de intestino irritable de acuerdo a los criterios de Roma III: relacionados con el intestino tenemos el dolor o molestia abdominal (sensación desagradable) que ocurre por lo menos tres días al mes en los últimos tres meses y que se asocia a: una mejora con la defecación, cambios en la consistencia de las deposiciones y tenerlos al menos durante los últimos tres meses y los síntomas haber iniciado por lo menos hace seis meses.

En pacientes jóvenes se debe establecer un criterio de certeza, apoyado en estudios de laboratorio: como biometría hemática completa para descartar anemia, velocidad de eritrosedimentación, proteína C reactiva para excluir procesos inflamatorios concomitantes, exámenes de heces en busca de leucocitos, sangre, huevos o parásitos; y en algunos casos si el paciente tiene diarrea, revisar función tiroidea y calcio sérico.

En pacientes con datos de alarma se requieren algunos estudios adicionales de imagen, endoscópico, enfocados a descartar colitis microscópica, cáncer colorectal, enfermedad inflamatoria intestinal, giardiasis, intolerancia a la lactosa entre otros. Por último debe obtenerse una cuidadosa historia psicosocial para identificar eventos estresantes del paciente y conductas de búsqueda de atención médica. (2,6,7).

Dentro de los marcadores serológicos para diagnosticar SII encontramos a: IL-1 β , oncogen- ∞ -relacionado al crecimiento, factor neutrófico derivado del cerebro, ANCA, transglutaminasa tisular antihumana, factor tisular inhibidor de metaloproteinasa, anticuerpos anti-CBir1, factor de necrosis tisular similar a inductor débil de apoptosis y lipocalina asociada a gelatinasa de neutrófilos. Estos marcadores se les determinó sus sensibilidad especificidad y valores predictivos del panel para diagnosticar SII, obteniendo una sensibilidad del 50%, una especificidad del 88%, valor predictivo positivo del 81% y valor predictivo negativo del 64% para diferenciar pacientes con SII. (11).

1.1.6 Tratamiento.

El tratamiento de los pacientes con SII debe ser integral, contempla el manejo no farmacológico, farmacológico y terapias alternativas. Un primer tratamiento va dirigido al síntoma predominante, como puede ser diarrea, estreñimiento, dolor, hipersensibilidad visceral o inflamación abdominal; un segundo dirigido a la fisiopatología de la enfermedad, como es la alteración del eje cerebro-intestino, de ahí que se debe valorar cada caso en particular un tercero a tratamiento psicológico.

Tratamiento no farmacológico: (dieta rica en fibra, eliminación de lactosa, eliminación de fructosa, incluir en la dieta *prebióticos* y *probióticos* como: *bifidobacterium infantis* ha mostrado mejoría en la distensión abdominal y el hábito intestinal alterado, el empleo de probióticos principalmente las cepas *bifidobacterium longum*, *lactobacillus acidophilus*, *lactococcus lactis* y *streptococcus thermophilus*.

Terapias psicológicas: entre las más usadas en el SII, se encuentran la conductual, la psicoterapia introspectiva, hipnoterapia y la cognitiva conductual, Terapias alternativas como la acupuntura aunque no hay evidencia de su eficacia

Tratamiento farmacológico: se ha visto que con suplementos de fibra y agentes formadores de bolo como policarbofilo de calcio, psyllium plantago, salvado y maíz, han mostrado efectividad, pero su manejo en SII ha sido controversial. La Loperamida para el SII D, ha sido valorada con rigor científico, es un derivado sintético de los opioides y sin efecto sobre del sistema nervioso central, tiene pocos efectos secundarios, estimula los receptores inhibitorios presinápticos del sistema nervioso entérico que inhibe la peristalsis y la secreción intestinal, su contraindicación principal es el íleo mecánico o pseudoobstrucción intestinal, y en caso de diarrea de tipo disenteriforme. La Colestiramina es un fármaco cuya composición principal es una resina de intercambio iónico, este fármaco está indicado cuando hay mala absorción de sales biliares, por ejemplo: en pacientes colecistectomizados.

Antiespasmódicos: llamados también espasmolíticos, son sustancias que previenen o interrumpen los espasmos del musculo liso intestinal, su mecanismo de acción los clasifica en varios grupos: Agentes relajantes directos del musculo liso, agentes anticolinérgicos o antimuscarínicos derivados de la escopolamida, agentes anticolinérgicos antimuscarínicos antagonistas del calcio derivados del amonio, agentes bloqueadores de los canales de calcio.

Antiflatulentos: son fármacos cuyo objetivo es la disminución de la producción de gases y por consecuencia distensión abdominal, entre los que destacan la dimeticona activa, la simeticona y carbón activado. La dimeticona es una silicona inerte con acción carminativa benéfica, que previene la formación de gases y facilita la eliminación de estos, al actuar directamente sobre las burbujas intestinales y desintegrarlas o prevenir su formación, ya que disminuye la tensión superficial del moco gastrointestinal.

Carbón activado su mecanismo se da mediante la absorción de gases en el tubo gastrointestinal los arrastra hasta que son eliminados con las heces, con esto evita la distensión abdominal y el meteorismo.

Antidepresivos: son medicamentos tricíclicos inhibidores de la recaptura de serotonina e inhibidores de recaptura de serotonina-noradrenalina; (12, 13, 14, 15,16)

1.1.7 Síndrome de Intestino Irritable y la función familiar.

Después de haber realizado una minuciosa búsqueda de información sobre lo que es el síndrome de intestino irritable y habiendo corroborado su multidimensionalidad, no se puede dejar de lado el papel que juega la familia en los periodos de exacerbación y remisión de estos cuadros.

Si se entiende que la familia es una organización compleja biopsicosocial, que sustenta diversas funciones y dimensiones, que permiten la convivencia como un potencial que da al individuo crecimiento y desarrollo, se requiere discernir cual es la definición de familia, por ejemplo la OMS la define como miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. En la primera reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud efectuado en 2005, la define como un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un numero variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

Su homeostasis está en función del estado de bienestar biológico, psicológico y social de la misma, que guarden sus integrantes.(17,18,19,20).

En el caso de los pacientes con SII, las fases de cohesión y adaptabilidad se convierten en un ir y venir entre la desorganización, recuperación y reorganización, pues debido a las características per se de este síndrome, en un corto tiempo se pasa por las fases de agudización y cronicidad, que requieren de cambios en el estilo de vida prácticamente de toda la familia.

La disfuncionalidad, rigidez y resistencia favorecen la aparición de psicopatologías, en el caso de SII, la agresión psicológica verbal o física y la rigidez de roles, puede favorecer las crisis de ansiedad que perpetúan la sintomatología. (17, 21, 22).

La funcionalidad familiar la vamos a valorar mediante el FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones de la familia (adaptabilidad y cohesión) a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión).

- *Cohesión*: es el vínculo emocional que los miembros del sistema familiar tienen entre sí.
- *Adaptabilidad*: es la habilidad de dicho sistema para cambiar
- *Comunicación*: es la dimensión facilitadora cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal, es decir a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar (23, 24) reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión).

Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción.

1.1.8 Calidad de vida en el Síndrome de Intestino Irritable.

El SII impacta negativamente en la calidad de vida por que interfiere en las actividades cotidianas, modifica los tipos de dieta, tiene repercusiones en el trabajo, altera los patrones de sueño, alteraciones en el funcionamiento sexual, modifica otros estilos de vida como son distracciones y diversiones, desencadenando con esto mayor ansiedad, depresión, somatización y menor vitalidad y autoestima, inhibiendo sus emociones y evitando contacto social.

Aunado a esto la implicaciones socioeconómica impactan fuertemente no solo por la compra de medicamentos, atención médica , uso de recursos de laboratorio y gabinete, sino también impacta en la ausencia laboral, pues se calcula que aproximadamente son de 8.5 a 21.6 días en que los pacientes dejan de ir a su trabajo.

Para la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y de sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes(1,5,6,7,8).

Para evaluar calidad de vida en el SII, existen diversos instrumentos, uno de ellos es el IBSQOL Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Instrumento. Este cuestionario se diseñó para evaluar la calidad de vida en sujetos con SII, consta de 34 ítems divididos en 8 subescalas (estado emocional, interferencia con actividades, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de alimentos, reacción social, sexo, relaciones sociales).

Cada uno de los ítems consta de cinco alternativas de respuesta que se valoran de acuerdo a una escala likert de 5 puntos, en la que el 1 indica “no limitación” y el 5 una “limitación total” se obtienen ocho puntuaciones diferentes correspondientes a cada una de las dimensiones del cuestionario y una puntuación global en una escala de 0 (indica mínima calidad de vida) a 100 (máxima calidad de vida). Este instrumento a demostrado tener una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0.95) y estabilidad (0.86)..

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

El SII implica un impacto importante en la calidad de vida porque afecta todos los ámbitos cotidianos, laboral, social, sexual, actividades domésticas, ocio etc.; estas alteraciones se observan de igual forma en diferentes culturas. Existen estudios que señalan que la calidad de vida de los sujetos con trastornos funcionales gastrointestinales es mala en comparación de los pacientes con enfermedad orgánica.

Fernández, Álvarez y cols. En la revista clínica y salud vol. 13, en España (2002) evaluaron la calidad de vida en una muestra de 31 pacientes diagnosticados de SII con sintomatología mixta de moderada intensidad y de curso crónico. Señalan que los factores psicosociales empeoran la calidad de vida. El estado depresivo, las manifestaciones de la enfermedad, la apreciación de las limitaciones y la sintomatología en general, son los parámetros que más alteran la calidad de vida de estos pacientes en particular. Estos resultados fueron reflejados por la aplicación de diversos estudios que evalúan calidad de vida como: IBSQOL, HAD, perfil de Nottingham y Duke, instrumentos conocidos a nivel internacional (26).

Ayuso Castillo y Moo Estrella, en la revista procesos psicológicos y sociales vol.2, (2006), Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) México. Estudiaron sobre la *influencia del SII sobre la calidad de vida y el bienestar subjetivo en estudiantes universitarios y nivel de severidad*, participaron 764 estudiantes encontró que el 70% de las personas con SII se consideraban dentro de los síntomas leves y no tienen reducción funcional significativa o disturbio psicológico. Por otra parte los pacientes con síntomas moderados representan el 25% y estos tienen interrupciones intermitentes en sus actividades como perder funciones sociales de trabajo y escolares y con frecuencia pueden identificar una relación cercana entre síntomas y eventos desencadenantes por último el 5% de los pacientes reportan síntomas severos, si observaron disturbios psicológicos tales como depresión, ansiedad, y somatización así como la reducción crónica del funcionamiento diario pues exhiben conductas de enfermo.

Este estudio agrupó 8 factores que midieron disforia, interferencia con la actividad, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de comidas, reacción social, sexualidad, y relaciones sociales. Para este estudio emplearon la escala BS (Anguas Platas y Reyes Lagunes 2000), IBSQOL que mide calidad de vida en SII (27).

Fosada, casillas y cols. En la revista de gastroenterología de México 2011. *Evaluaron la asociación entre ansiedad y calidad de vida en los diferentes subgrupos de síndrome de intestino irritable*, incluyeron 192 pacientes. El subgrupo SII E (estreñimiento), fue el más frecuente, los pacientes con ansiedad tuvieron menor calidad de vida en las tres categorías de salud física, salud mental y cambios en el estado de salud. En relación a la ansiedad. El 85% de los pacientes con SII, tiene ansiedad de acuerdo a la escala de Hamilton (28).

Un trabajo realizado en Bogotá, Colombia en el 2005, estudió calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable, (diseño correlacional). Estudiaron una muestra de 73 pacientes con SII, de los cuales el 86.3% fueron mujeres y el 13.7 % eran hombres que acudían a la consulta externa. Se utilizaron 2 cuestionarios el SF36 (evalúa calidad de vida) y la escala de ansiedad (HAD). Por lo que respecta a las dimensiones de calidad de vida, las más afectadas fueron: salud general, vitalidad, salud mental, dolor y rol emocional; la vitalidad y la función social tienen más impacto en la calidad de vida y se correlacionaron de manera más significativa, tanto con el rol emocional como con salud mental es decir a mayor sentimientos de energía y vitalidad y mayor función social menor es el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y otras actividades diarias y mejor salud mental, o sea menor depresión y ansiedad y mejor control emocional y de conducta(29).

En el síndrome de intestino (SII) irritable la disfuncionalidad familiar se ha comportado como un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad, pero, al contrario de esto, el pertenecer a una familia nuclear sería un factor protector contra la enfermedad, esto lo demuestra un estudio de casos y controles, realizado entre diciembre de 2006 y marzo de 2007 en pacientes adultos de tres instituciones privadas prestadoras de salud de Cartagena. Muestra de 754 (256 casos y 498 controles) para una exposición de los factores de riesgo estudiados en los controles del 10%, un nivel de confianza del 95 %, una potencia del 80 % y una relación caso control de 1:2. Instrumentos utilizados: familiares (tipo de familia y el APGAR Familiar para medir funcionalidad familiar y soporte de amigos), (test de Goldberg para medir depresión y ansiedad, y escala de reajuste social de Holmes y Rahe para medir estrés). La disfuncionalidad familiar se comportó como un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad, pero, al contrario de esto, el pertenecer a una familia nuclear sería un factor protector contra la. En aquellas personas que no vivían con sus familiares el no presentar soporte de amigos se comportó como un factor de riesgo para la enfermedad.²⁵

4. JUSTIFICACIÓN.

En México se considera que del 9 al 18 % padecen este cuadro clínico, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, lo que condiciona la necesidad de acudir a instituciones de salud pública o privadas para su control. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentra entre las 10 principales causantes de consulta consecutiva en los servicios de Medicina Familiar y Gastroenterología.

Por tratarse de un padecimiento multidimensional que afecta las esferas sociales, emocionales, familiares y físicas del individuo, lo convierte en un problema serio de salud en donde su mortalidad es baja, no así, lo complejo de su manejo hace que los costos individuales e institucionales para su control sean altos;

Los pacientes con SII requieren de modificar su estilo de vida, es decir cambios en sus pautas culturales al tratarse de un padecimiento crónico, su manejo no sólo se centra en el aspecto farmacológico para garantizar una mejor calidad de vida sino también es aspecto no farmacológico que corresponde al ambiente biológico, psicológico y social.

La calidad de vida y la funcionalidad familiar son dos aspectos íntimamente relacionados en los pacientes con SII, se cuenta con instrumentos ya establecidos para valorar calidad de vida como IBSQOL, y para funcionalidad familiar se requiere de otros instrumentos ya validados como son el FACES III, la forma en como abordemos a este grupo de paciente en su manejo tomando en cuenta su entorno familiar, social y laboral nos ayudará a conocer factores en donde como médicos familiares podemos incidir para mejorar la calidad de vida, evitar la disfuncionalidad familiar y por último disminuir los costos institucionales en la atención de los pacientes con SII.

En la consulta de medicina familiar uno de cada 10 pacientes presentan este cuadro clínico y cuando no son atendidos en sus primeros dos estadios, son enviados a consulta de especialidad, generando costos económicos elevados; ya que si bien no tienen un alto grado de mortalidad, si la morbilidad satura la consulta del servicio de gastroenterología y en el área de medicina familiar aumentan las consultas subsecuentes; además de exámenes de laboratorio, tratamiento farmacológico y quirúrgicos con altas erogaciones y muchas de la veces no necesarios sin menoscabar la afectación financiera por ausencia o incapacidad en su actividad.

¿Cuál es correlación entre calidad de vida y funcionalidad familiar de los pacientes con síndrome de intestino irritable de acuerdo a los criterios de Roma III de la UMF N° 2 del IMSS?

5. OBJETIVO:

5.1 OBJETIVO GENERAL.

1. Conocer la correlación que existe entre calidad de vida y funcionalidad familiar en los pacientes con síndrome de intestino irritable de la Unidad de Medicina Familiar N° 2.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar la calidad de vida de los pacientes con SII síndrome de intestino irritable de acuerdo a los criterios de Roma III.

2.- Identificar las diferentes dimensiones de la calidad de vida que están más afectadas en este tipo de pacientes con SII de acuerdo a los criterios de Roma III.

3. Determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con síndrome de intestino irritable de acuerdo a los criterios de Roma III.

4.- Identificar los grados de disfuncionalidad familiar en los pacientes con síndrome de intestino irritable de acuerdo a los criterios de Roma III.

6. HIPÓTESIS.

H1 Los pacientes con SII de la UMF N° 2 del IMSS tienen correlación entre calidad de vida y funcionalidad familiar.

Ho Los pacientes con SII de la UMF N° 2 del IMSS no tienen correlación entre calidad de vida ni funcionalidad familiar.

7.- METODOLOGIA

7.1.- Diseño del estudio

- De acuerdo al tipo del estudio: Descriptivo.
- De acuerdo al número de mediciones: Transversal.
- De acuerdo a la temporalidad: Prospectivo.
- De acuerdo a los centros participantes: Unicéntrico.
- De acuerdo al tipo de población: Homodémico.

7.2.- Ubicación espacio-temporal

Se realizó en la Unidad Medicina familiar No. 2, IMSS. Puebla del 1° noviembre al 30 diciembre del 2013. Ver cronograma de actividades (anexo III).

7.3.- Estrategia de trabajo:

- Generamos una pregunta de investigación producto de la observación en el grupo de pacientes con SII de la UMF N° 2.
- Contamos con datos estadísticos que nos dieron un panorama epidemiológico de los pacientes con SII ya diagnosticados de la UMF 2 obtenidos del área ARIMAC de la Unidad.
- Estructuramos protocolo de investigación.
- Por parte del CLIEIS se nos proporcionó el número de registro

- Se acudió al departamento de informática para identificar los pacientes con diagnóstico principal o secundario de Síndrome de Intestino Irritable (SII) vigentes de 18 a 50 años de edad, que recibieron atención en cualquiera de los consultorios de la UMF 2 en el periodo de 1° de noviembre al 30 de diciembre del 2013, solicitamos los números de afiliación de los pacientes seleccionados para obtener los expedientes en Archivo Clínico o en su caso acceder al SIMF. Diagrama de flujo (anexo I).
- Vía telefónica se localizaron a los pacientes e invitamos a participar en el estudio previo consentimiento informado en donde se les explicará el motivo del estudio y su participación.
- Se concertará con ellos el momento de la cita en la UMF, en donde se explicó y entregamos el Formato de Consentimiento Informado (anexo III), aplicamos los cuestionarios IBSQOL (Anexo V), FACES III(Anexo IV) y Cuestionario Modular Roma III.
- Como última actividad, se recabo la información obtenida de los diferentes instrumentos que se aplicaron en una hoja de datos exprofeso para su posterior análisis, utilizamos estadística descriptiva y uso del programa SPSS versión 20.
- Se realizó correlación de Pearson en base a la distribución de los datos obtenidos con prueba de K-S (kolmogorov-S).

7.4.- MARCO MUESTRAL:

7.4.1.- Población fuente

Pacientes de 18 a 50 años de edad del turno matutino y vespertino de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 2 IMSS. Puebla.

7.4.2.- Sujetos de estudio

Pacientes diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable de la Unidad de Medicina Familiar N° 2 IMSS. Puebla.

7.5.- SELECCIÓN DE MUESTRA

7.5.1.- Criterios de selección.

7.5.1.1.- Criterios de inclusión:

Derechohabientes de la UMF N° 2, de ambos géneros y turnos.

Edad de 18 a 50 años.

Con diagnóstico principal o secundario de SII y que cumplan con los criterios de Roma III.

7.5.1.2.- Criterios de exclusión:

No ser derechohabientes de la UMF N° 2.

Con antecedentes de cirugía de colon.

Pacientes con patología psiquiátrica.

Con enfermedades crónicas terminales.

7.5.1.3.- Criterios de eliminación

Encuestas con registros incompletos y pacientes que no deseen participar en el estudio.

7.6.- DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

No determinístico y por conveniencia.

7.6.1.- Tamaño de la muestra:

Todos los pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable; que cumplieron los criterios de Roma III y que recibieron atención en la consulta externa de la UMF N° 2 de ambos turnos del 1° Noviembre al 31 de diciembre del 2013.

7.7 VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

7.7.1 Variable Independiente.

Funcionalidad familiar:

Definición conceptual: La OMS define a la familia de la siguiente manera, miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Huerta). En gran medida la homeostasis familiar está en función del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes. Cuando la familia enferma es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de familia disfuncional.

Definición operacional:

La funcionalidad familiar se midió través del instrumento denominado FACES III (anexo IV), que evalúa las dos principales funciones familiares que son: adaptabilidad y cohesión por medio de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Tiene un alto nivel de confiabilidad con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5.

Calificación: la calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase.

ESCALA DE MEDICION: De acuerdo al puntaje obtenido de cohesión se clasifica de: 10-34 en no relacionada, de 35-40 semirelacionada, de 41-45 en relacionada y de 46 a 50 en aglutinada. De acuerdo a adaptabilidad se clasifica en: rígida de 10-19, estructurada de 20-a 24, flexible de 25 a 28 y caótica de 29 a 50 puntos.

Estas a su vez se evaluarán en familias balanceadas, rango medio y familias extremas.

7.7.2 Variable Dependiente

Calidad de vida

Definición conceptual: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. (OMS)

Definición operacional: Se midieron a partir de un instrumento *IBSQOL* para calidad de vida en pacientes con SII específicamente (anexo V). Este instrumento cuenta con 34 ítems, divididos en 8 sub-escalas (estado emocional, interferencia con actividades, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de alimentos, reacción social, sexo, relaciones sociales). Cada uno de los ítems consta de cinco alternativas de respuesta que se valoran de acuerdo a una escala Likert de 5 puntos, en la que el 1 indica “no limitación” y el 5 una “limitación total” se obtienen ocho puntuaciones diferentes correspondientes a cada una de las dimensiones del cuestionario y una puntuación global en una escala de 0 (indica mínima calidad de vida) a 100 (máxima calidad de vida).

La interpretación del puntaje obtenido para calidad de vida fue la siguiente forma: Buena, regular y mala.

- *Buena*; cuando el porcentaje de los cuatro indicadores se encuentren entre el 76 y 90% sean positivos, compensado con las tres encuestas y no se encuentren afectados los 5 indicadores.
- *Regular*; cuando el porcentaje de los indicadores entre el 51 y 75% sean positivos o cuando un indicador de los 5 reporte un 50% en las tres encuestas.

- *Mala*; cuando los 5 indicadores se encuentren afectados en menos del 50% en los resultados de las tres encuestas, independientemente de la salud del individuo.

Variables sociodemográficas de control.

Definición Conceptual

Son las variables interdependientes que se presentan de manera constante, con las variables dependientes e independientes y que ponen en riesgo a las variables de estudio por la introducción de sesgo.

Definición Operacional:

Se considera variable de control del paciente con SII: edad, sexo, ocupación, religión, nivel socioeconómico. Toxicomanías, lugar de residencia, estado civil.

8.- LOGISTICA.

8.1.- Recursos Humanos.

Dr. J. Emilio g. Rodríguez Aguilar

Coordinador Delegacional de Educación e Investigación en Salud.

Dr. Aurelio López Colombo

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud.

Dra. Chávez Peñaloza María Odilia

Residente 3er Año de Medicina Familiar UMF N° 2.

8.2.- Recursos Materiales:

- Material bibliográfico recopilado.
- Hojas de recolección de datos
- Computadora con Microsoft Office para el manejo de la base de datos y redacción de informes.
- Hojas de papel para impresión de cuestionarios.

- Plumas y lápices

8.3 Recursos Financieros.

Porporcionados por el equipo o grupo de investigación.

8.4 Consideraciones éticas.

Este trabajo de investigación en todo momento estuvo apegado a:

1.- Las normas éticas contempladas en los principios éticos para la investigación médica en seres humanos (declarados en Helsinki 1964, Tokio 1965, Venecia 1963, Hong Kong 1989 Somerset West 1996, Edimburgo 2000).

2.- El código de bioética para el personal de salud 2002 de la secretaria de salud de los estados unidos mexicanos.

3.- El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de los estados unidos mexicanos.

4.- Las partes éticas internacionales para la investigación, bioética en seres humanos preparados por el consejo de organizaciones internaciones de las ciencias médicas (CIOMS) en colaboración con la organización mundial de la salud, ginebra 2002.

5.-Los datos del estudio serán manejados en estricta confidencialidad, una vez firmada la hoja de consentimiento informado (anexo II) de acuerdo a los procedimientos y normas éticas contempladas en la declaración de Helsinki modificación Tokio; el reglamento de la ley general de salud de los estados unidos mexicano.

RESULTADOS

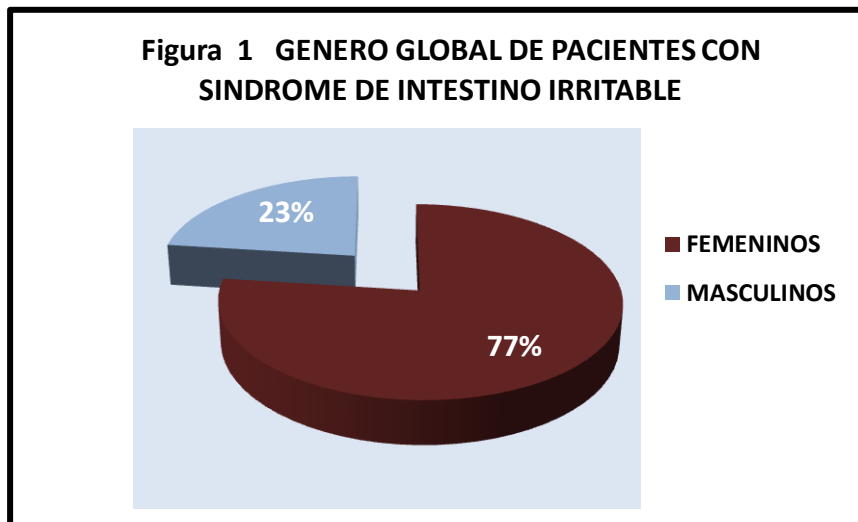
Muestra 100 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se les invito a participar en el estudio a través de una entrevista y con el consentimiento informado previo.

Rango de edad de 18 a 50 años, edad media de 37.5 años, con una desviación estándar de 9.64, error estándar 0.96; rango de edad por género femenino fue 19 a 50 años con promedio de 38.5 años, desviación estándar de 9.19 y error estándar de 1.04; en cuanto al género masculino el promedio de edad fue de 34 años, desviación estándar de 10.45, error estándar 2.18 y un rango de 18 a 49 años. Cuadro 1

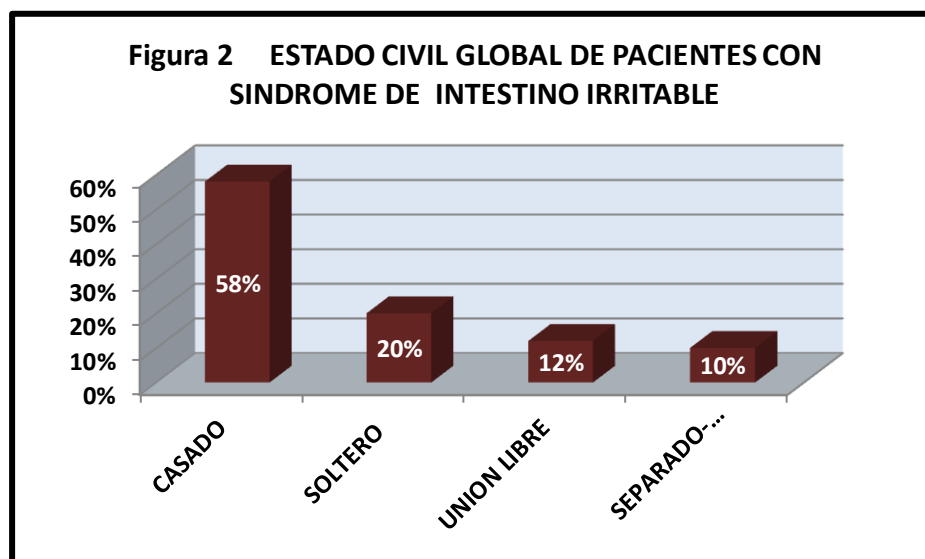
La edad promedio de pacientes que presentaron síndrome de intestino irritable variedad diarreico fue de 36.67años, DS 9.82 y ES de 1.68; en su variedad de estreñimiento con promedio de 37.91 años, DS 9.47 y ES 1.62; en relación a la variedad mixta su promedio fue de 37.8 años, DS 10.01 y ES 1.77, con rango de edad de 19-49 años.

	PROMEDIOS GLOBALES SOBRE EDAD DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE		
	GLOBAL	FEMENINO	MASCULINO
PROMEDIO	37.53	38.59	33.95
D STANDAR	9.64	9.19	10.45
ERROR S	0.96	1.04	2.18
RANGO	18-50	19-50	18-49
N	100	77	23

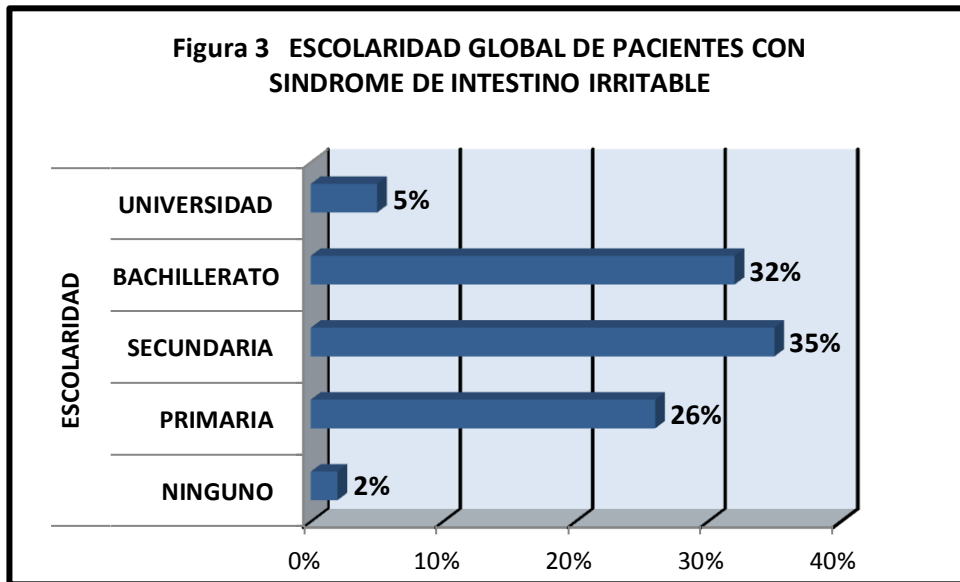
El género de pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable de los 100 pacientes que aceptaron participar en el estudio, 77% correspondió al género femenino y el 23 % al género masculino. Figura



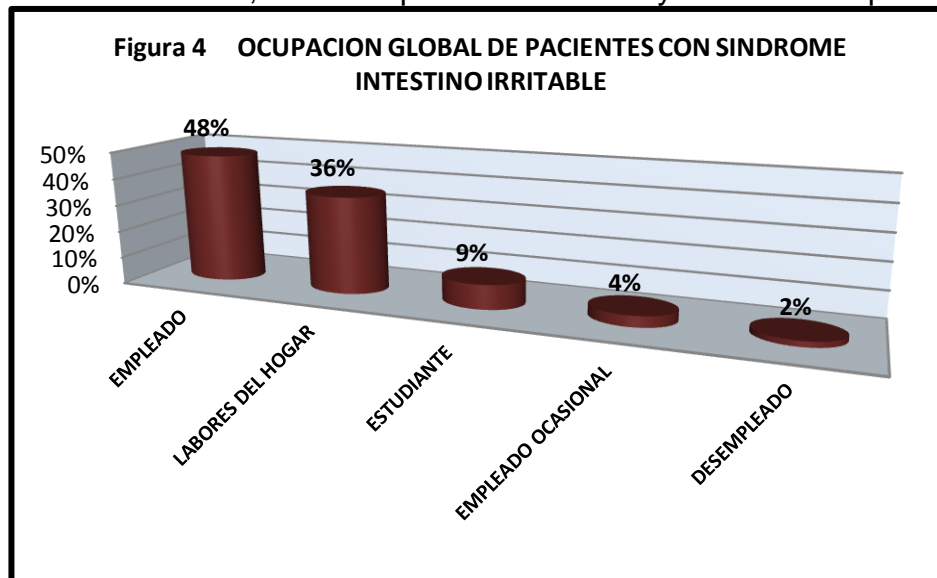
La figura 2 muestra los porcentajes globales obtenidos por estado civil de pacientes, con 58% para casados, 20% solteros, 12% unión libre, 10% separados.



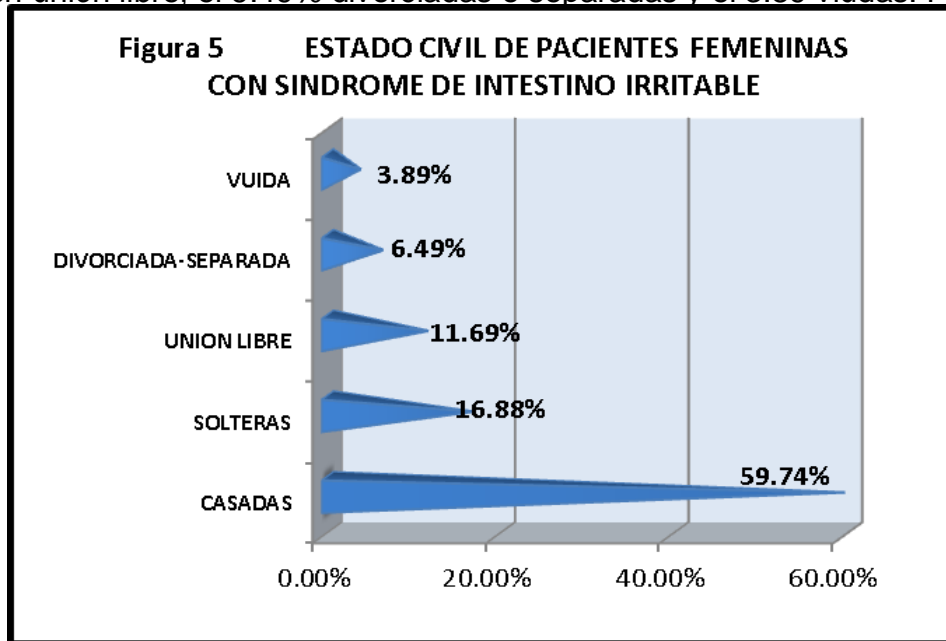
La escolaridad referida por los pacientes con síndrome de colon irritable (figura 3) se encontró que el 2% no contaba con grado académico, el 26% cursó primaria, el 35% secundaria, 32% bachillerato y 5% universidad.



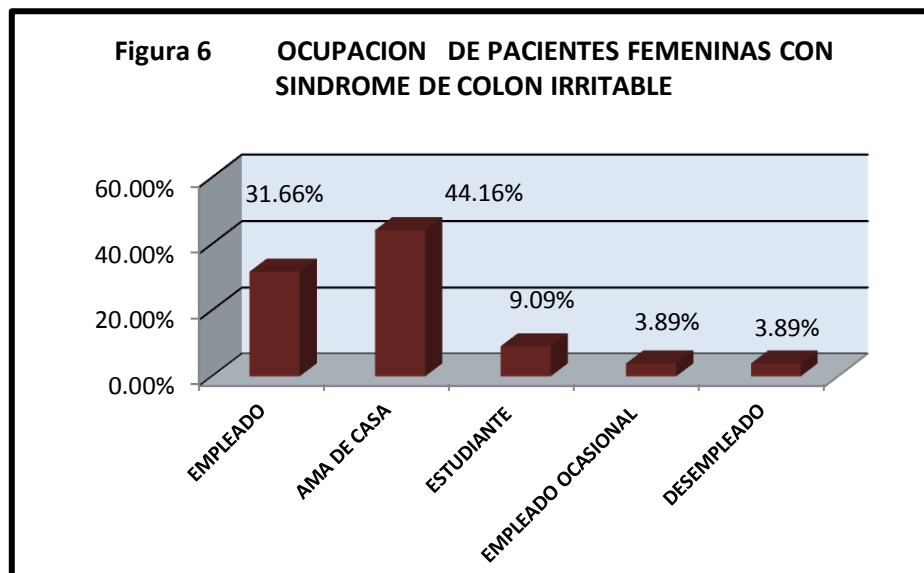
De acuerdo a la figura 4 la ocupación que desarrollan los pacientes entrevistados, el 48% dijeron ser empleados, el 36% dedicada a labores del hogar, el 9% estudiantes, el 4% empleado ocasional y el 2% desempleado.



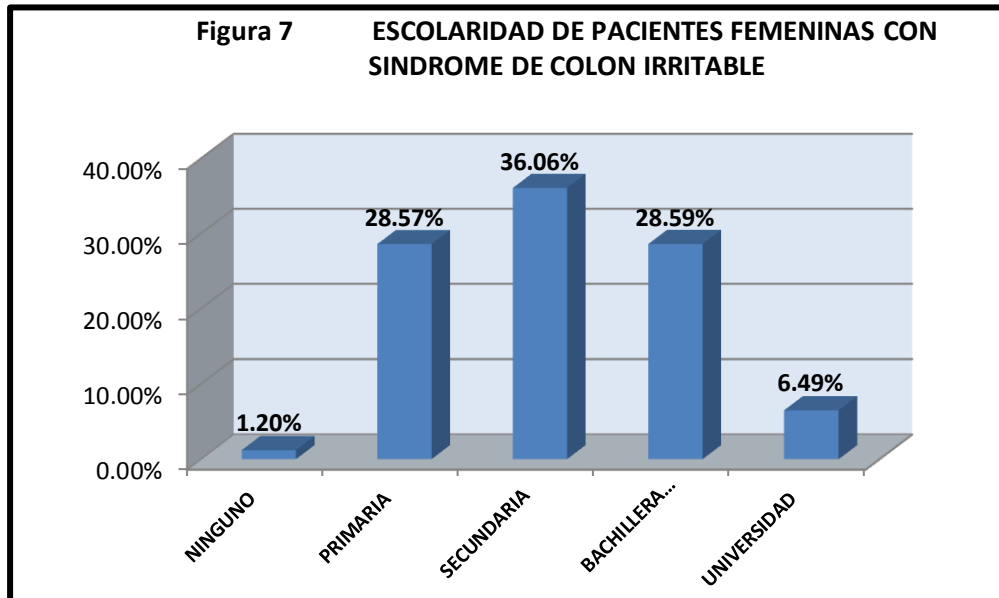
En el corte realizado por género muestra que el estado civil de las pacientes femeninas estudiadas 59.74% refirieron ser casadas, el 16.88% solteras el 11.69 estar en unión libre, el 6.49% divorciadas o separadas y el 3.89 viudas. Figura 5.



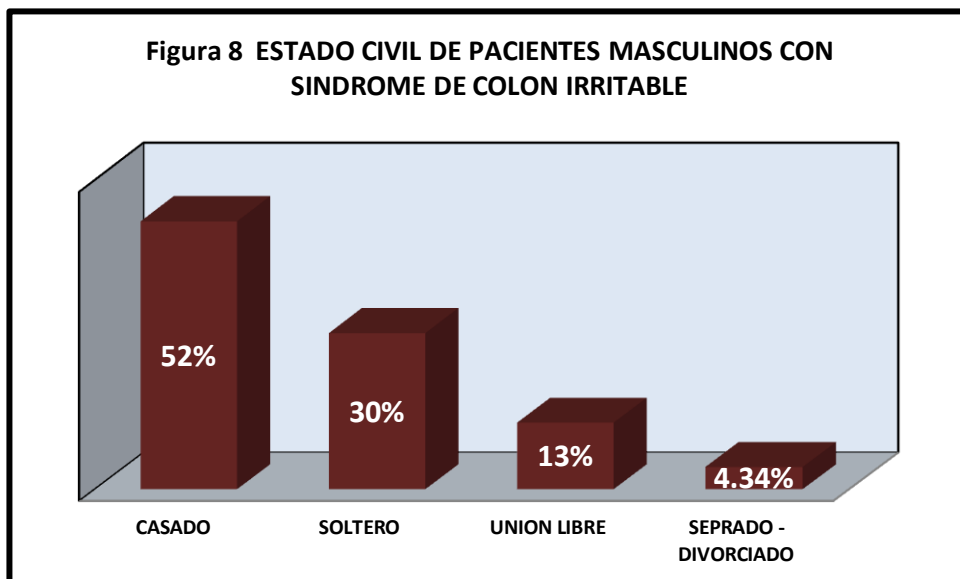
El grupo de mujeres estudiadas manifestó ser empleadas el 31.66%, amas de casa el 44.16%, se desempeñan como estudiantes el 9.09%, el 3.89 % menciona que trabaja ocasionalmente, y el 3,89% actualmente refiere estar sin empleo. Figura 6



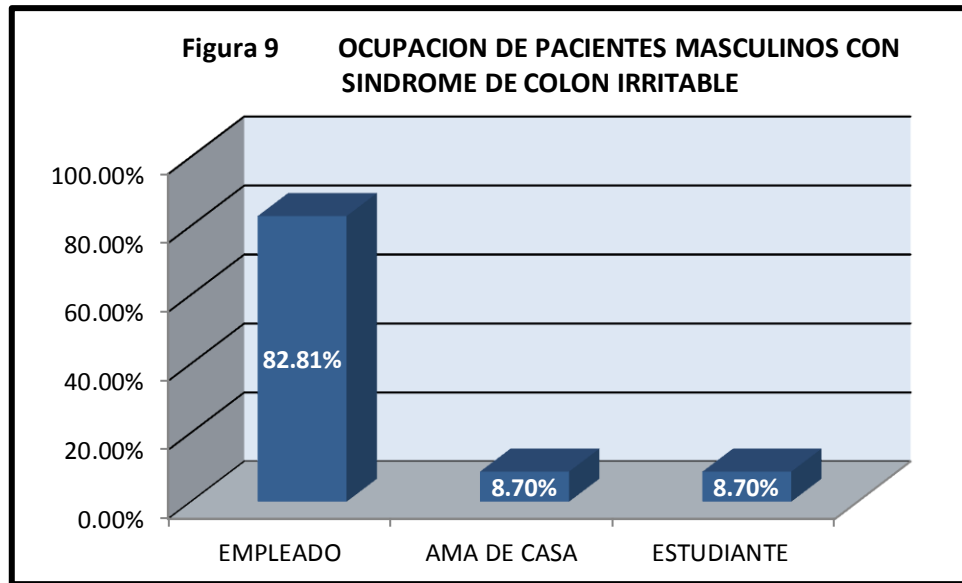
La figura 7 señala la escolaridad expresada en el grupo de pacientes femeninas reportó que el 1.20% no cuenta con escolaridad, grado de primaria el 28.57%, nivel medio (secundaria) 36.06%, el 28.59 refirieron contar con bachillerato y 6.49% relataron grado de licenciatura.



El análisis estadístico de las variables sociodemográfica estado civil (figura 8) por género masculino con diagnóstico de síndrome de intestino irritable reportó que el 52% eran casados, el 30% soltero, el 13 % en unión libre y el 4,34% ser divorciados.



La figura 9 muestra el porcentaje de pacientes en relación a la ocupación que desempeñan destaca un elevado número de sujetos con ocupación de empleado (82.81%); llama la atención que el 8.70% se dedica a labores del hogar y 8.70% se declararon estudiantes.



La funcionalidad familiar se midió a través del instrumento FACES III que tiene como dimensiones principales la cohesión y la adaptabilidad, los resultados obtenidos fueron seleccionados por puntuaciones globales y por género.

Los promedios globales, en relación a la dimensión cohesión el promedio global fue 38.69 con DS 6.79 y ES 0.67, los rangos oscilaron entre 22-49; por el promedio obtenido se puede deducir que con relación a cohesión predominan las familias semi-relacionadas.

Los resultados de la dimensión adaptabilidad arrojaron un promedio de 26.04, una desviación estándar de 4.53 y error estándar de 0.45 y rangos de 16 -36, en esta dimensión la familia que prevalece es la estructurada.

En el género femenino se obtuvo un promedio de cohesión de 39.22 y adaptabilidad de 26.18 cuyas DS y ES fueron de 6.92, 4.68, 0.78 y 0.53 respectivamente. El promedio en género masculino fue de 36.91 la DS de 6.12 y error estándar de 1.27; en adaptabilidad el promedio de 25.56, DS de 4.05 y ES 0.84, sobresale en estos resultados las familias en rango medio y destaca la flexiblemente semi-relacionada y la estructuralmente semi-relacionada. Cuadro 2

DIMENSIONES	PROMEDIOS GLOBALES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE					
	GLOBAL		FEMENINO		MASCULINO	
	COHESIÓN	ADAPTABILIDAD	COHESIÓN	ADAPTABILIDAD	COHESIÓN	ADAPTABILIDAD
PROMEDIO	38.69	26.04	39.22	26.18	36.91	25.56
D. ESTÁNDAR	6.79	4.53	6.92	4.68	6.12	4.05
ERROR S	0.67	0.45	0.78	0.53	1.27	0.84
RANGO	22-49	16-36	22-49	16-36	22-45	18-44
N	100	100	77	77	23	23

En el cuadro 3 se corrobora lo descrito en el cuadro 2, en este se puede observar que el porcentaje global de familia semi-relacionada es del 42%, relacionada de 25%, no relacionada 18% y aglutinada 15%. Se enfatiza que el género femenino el porcentaje de las familias no relacionadas y las familias aglutinadas son del 19.48% y la relacionada con el 24.67%. En contraste el género masculino el 60.86% son semi-relacionada, 26.08 relacionada, 13.04% no relacionada y no hubo presencia de familia aglutinada. En adaptabilidad los porcentajes globales recaen en la funcionalidad estructurada y caótica con un porcentaje promedio de 36 y 35 respectivamente, seguido de la funcionalidad flexible con 24% y 6% para la funcionalidad rígida.

El promedio de 35.06% en el género femenino fue salir para la funcionalidad caótica y estructurada. En el género masculino el 34.78% fue para funcionalidad caótica y el 39.13% para funcionalidad estructurada

Cuadro 3		FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE			
COHESIÓN	NO	SEMI	RELACIONA	AGLUTIN	
	RELACION	RELACIONA	DA	ADA	
	ADA	DA			
GLOBAL %	18	42	25	15	
FEMENINO	19.48	3.36	24.67	19.48	
%					
MASCULINO	13.04	60.86	26.08	0	
%					
ADAPTABILIDAD	CAÓTICA	FLEXIBLE	ESTRUCTURADA	RÍGIDA	
GLOBAL %	35	24	36	6	
FEMENINO	35.06	24.67	35.06	6.49	
%					
MASCULINO	34.78	21.73	39.13	4.34	

Los resultados sobre la indagación de calidad de vida se obtuvo un promedio global del 89.33% en buena, 68.29% regular y 38.88% mala; las puntuaciones promedio de los porcentajes del género femenino se ubicaron en 87.36%, 68.92% y 39.49% en buena, regular y mala respectivamente.

Para el género masculino el promedio de buena regular y mala fue de 91.75%, 65.66% y 34.25%; lo que denota que la calidad de vida de estos pacientes estudiados en general es buena. Cuadro 4

Cuadro 4	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE				
	CALIDAD DE VIDA	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	ERROR ESTÁNDAR	RANGO
GLOBAL	BUENA	89.33	8.20	1.42	76-100
	REGULAR	68.29	5.85	1.05	59-75
	MALA	38.88	10.50	1.77	14-50
FEMENINO	BUENA	87.36	8.41	1.93	76-100
	REGULAR	68.92	5.61	1.12	60-75
	MALA	39.49	10.56	1.89	14-50
MASCULINO	BUENA	91.75	7.39	2.13	80-100
	REGULAR	65.66	6.62	2.70	59-75
	MALA	34.25	10.17	5.08	27-49

Después de la descripción del cuadro 4 el promedio de puntuaciones sobre calidad de vida en los pacientes con SII; el cuadro 5 describe el número de pacientes que reconocieron su calidad de vida como: buena, regular y mala. En el porcentaje global de pacientes que manifestaron buena calidad de vida fue de 34%; el 31% dijo tener una calidad de vida regular y el 35% la refirió como mala.

Por género las mujeres refirieron tener una buena calidad de vida el 24.67%; el 32.46 la señalaron como regular y el 42.85% la reportaron como mala calidad de vida. Los varones refieren tener una calidad de vida buena el 52.17; el 26.08% menciona llevar una calidad de vida regular y finalmente el 21.75% lo manifestó como mala.

CALIDAD DE VIDA	PORCENTAJE POR NUMERO DE PACIENTES Y CALIDAD DE VIDA		
	GLOBAL	FEMENINO	MASCULINO
BUENA %	34	24.67	52.17
REGULAR %	31	32.46	26.08
MALA %	35	42.85	21.73

En cuanto a la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar observamos en buena calidad de vida, familias funcionales 65.7%, y disfuncionales 34.3%, en lo que se refiere a la relación con **cohesión**.

CVDX			Frecuencia	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
BUENA	Valid	DISFUNCION	12	34.3	34.3	34.3
		FUNCION	23	65.7	65.7	100.0
		Total	35	100.0	100.0	
MALA	Valid	DISFUNCION	14	36.8	36.8	36.8
		FUNCION	24	63.2	63.2	100.0
		Total	38	100.0	100.0	
REGULAR	Valid	DISFUNCION	10	37.0	37.0	37.0
		FUNCION	17	63.0	63.0	100.0
		Total	27	100.0	100.0	

En cuanto a la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar observamos en buena calidad de vida, familias funcionales 77.1%, y disfuncionales 22.9%, en lo que se refiere a la relación con **adaptabilidad**.

DXADAPTA

CVDX			Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
BUENA	Valid	DISFUN CI	8	22.9	22.9	22.9
		FUNCIO N	27	77.1	77.1	100.0
		Total	35	100.0	100.0	
MALA	Valid	DISFUN CI	12	31.6	31.6	31.6
		FUNCIO N	26	68.4	68.4	100.0
		Total	38	100.0	100.0	
REGULA R	Valid	DISFUN CI	8	29.6	29.6	29.6
		FUNCIO N	19	70.4	70.4	100.0
		Total	27	100.0	100.0	

Las correlaciones que se realizaron con Pearson, observamos que no existe entre estas dos variables, ya que la significancia para calidad de vida y cohesión fue de .485, para calidad de vida y adaptabilidad fue de .895. Para chi cuadrada fue de .984, sin significancia alguna.

Correlaciones

		calidad de vida	COHESION Val
calidad de vida	Correlación de Pearson	1	-.071
	Sig. (bilateral)		.485
	N	100	100
COHESION Val	Correlación de Pearson	-.071	1
	Sig. (bilateral)	.485	
	N	100	100

Correlaciones

		calidad de vida	ADAPTABILIDAD Val
calidad de vida	Correlación de Pearson	1	.013
	Sig. (bilateral)		.895
	N	100	100
ADAPTABILIDAD Val	Correlación de Pearson	.013	1
	Sig. (bilateral)	.895	
	N	100	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.032 ^a	2	.984
Razón de verosimilitud	.032	2	.984
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9.10.

10. DISCUSIÓN

El SII es un trastorno motor del aparato digestivo constituye la enfermedad gastrointestinal más frecuente en la práctica clínica. Afecta entre el 10-15% de la población adulta con predominio del sexo femenino. El SII implica un impacto importante en la calidad de vida porque afecta todos los ámbitos cotidianos, laboral, social, sexual, actividades domésticas, ocio etc.; estas alteraciones se observan de igual forma en diferentes culturas. Algunos autores señalan que el síndrome de intestino irritable, es la segunda causa de ausentismo laboral, y que conduce a consultas recurrentes, se explica el impacto económico que tiene esta enfermedad en el sistema de salud. La escolaridad también influyen de alguna manera para exacerbar los cuadros de colitis, ya que desconocen la enfermedad o las causas de la misma y piensan que tienen un cáncer intestinal o alguna enfermedad que los va a llevar a la muerte, como lo marca Ayuso y estrella (UADY) en una revista de psicología en el 2006.

En el estudio realizado sobre funcionalidad familiar y calidad de vida de 100 pacientes con síndrome de intestino irritable se encontró mayor frecuencia de SII en el género femenino hasta del 77%, con edad promedio entre la cuarta década de la vida, datos que fueron congruentes con la información encontrada en la literatura (27). El subtipo más frecuente de SII en nuestro estudio fue SII-E como lo muestran estudios previos en la población mexicana, schmulson y colaboradores evidenciaron mayor frecuencia en SII-M hasta de un 46 %. Se ha sugerido que esta mayor frecuencia de SII-E es debido a que los pacientes con SII-D o SII-M, no buscan atención con tanta frecuencia como los SII-E, Fosada, casillas y cols, 2011. La calidad de vida en los pacientes estudiados fue en un porcentaje global, buena hasta en un 34%, 31 regular y 35 mala calidad de vida, observamos que una mala calidad de vida exacerba más los cuadros agudos de la enfermedad afectando todos los ámbitos psicosociales del individuo, como en el estudio de Fernández y Álvarez en la revista clínica (España), señalan que los factores psicosociales empeoran la calidad de vida, por las manifestaciones de la enfermedad, la apreciación de las limitaciones y la sintomatología en general. La

disfuncionalidad familiar (familias rígidas, aglutinadas o caóticas) se comportó como un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad, pero, al contrario de esto, el pertenecer a una familia nuclear sería un factor protector. En aquellas personas que no vivían con sus familiares el no presentar soporte de amigos se comportó como un factor de riesgo para la enfermedad, esto lo demuestra un estudio de casos y controles, realizado entre diciembre de 2006 y marzo de 2007 en pacientes adultos de tres instituciones privadas prestadoras de salud de Cartagena. En lo que se refiere a la correlación entre calidad de vida y funcionalidad familiar observamos que no existe correlación entre estas dos variables, en la literatura no existen estudios realizados, por eso nuestro interés por realizar este estudio.

CONCLUSIONES.

No existe correlación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con SII. La calidad de vida de nuestros pacientes en general fue buena, pero los que tuvieron mala calidad las áreas más afectadas fueron el estado emocional y las relaciones sociales de los pacientes. En lo que se refiere a funcionalidad familiar predominaron las familias semi relacionadas, relacionadas y estructuradas, las familias con disfuncionalidad familiar recaen en las caóticas o aglutinadas. Los factores intrínsecos a la familia (cohesión y adaptabilidad), no afectan la calidad de vida, están asociadas más a factores extrínsecos del individuo como la ansiedad, el estrés, la alimentación; estas condiciones del individuo si son factores de riesgo para la enfermedad.

9. BIBLIOGRAFIA.

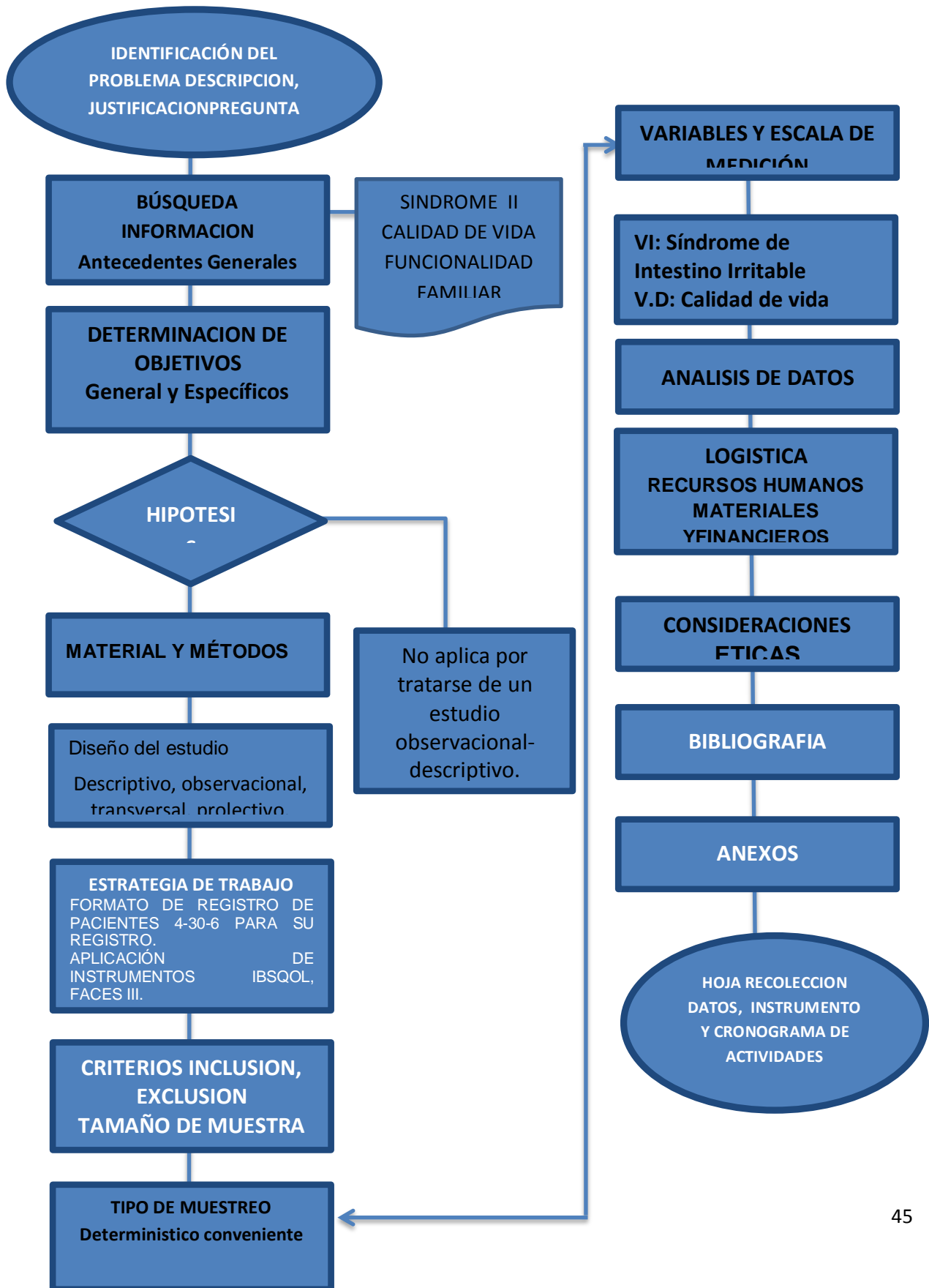
1. Ureña JV, Vázquez-Fernández F, Jiménez-Pineda A Cortázar-Benítez LF, Azamar-Jácome AA, Duarte-Velázquez ME, Torres-Medina V. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz, México. *Rev. Gastroenterología Mex*, 2010; 75, (1): 36.
2. Mearin F. Perelló A. Balboa A. Los nuevos criterios de Roma III para los trastornos funcionales digestivos. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos, Centro Médico Teknon, Barcelona 2006; 0-0
3. Schmulson M. Algoritmos de la Fundación Roma para Diagnósticos de Síntomas Gastrointestinales Comunes en Español. *Rev. Gastroenterología Mex*, 2010; 75, (4): 446-448
4. Schmulson M, Pulido D. Síndrome de Intestino Irritable (SII) Refractario 2007, Modulo de Intestino Irritable, Departamento de medicina experimental, Facultad de Medicina, UNAM México, D.F. 64-65
5. Parrota AM, Audisio J. Protocolo Síndrome de Intestino Irritable. *Rev. Asoc. Coloproct del Sur* Vol. 1, Num. 3, 2006, Asociación de graduados en Nutrición-AGeN p. 188-196
6. Castañeda-Sepulveda R. Artículo de revisión Síndrome de intestino irritable *Rev. Medicina Universitaria. Facultad de Medicina, UANL México* 2010; 12 (46): p.39-46.
7. López-Colombo A, Rivera-Ramos JF, Sobrino Cosío S, Suarez- Moran E. Guías Clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. *Epidemiología y fisiopatología. Rev. Gastroenterología Mex*, 2009;74,(1): 56-57
8. Bautista-Cerecedo R, Ortiz-Espinoza RM, Muñoz-Juárez S. Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina. *Rev. Facultad de Medicina, UNAM Méx.* 2011; 54 (3): 4-11.
9. Fosado-Gayoso M, Casillas Guzmán GB, Serralde-Zuñiga AE, Pérez-Hernández JL, Higuera-de la Tijera MF, Pérez-Torres E. et al: Asociación entre ansiedad y calidad de vida en los diferentes subgrupos de síndrome de intestino irritable. *Rev. Gastroenterología Mex*, 2011; 76 (4): 295-300
10. Comparison of abdominal bloating severity between irritable bowel syndrome patients with high and low levels of breath hydrogen excretion in a lactulose breath test. *Rev. Gastroenterología Mex*, 2012; 77 (2): 53-57

11. Lembo AJ, Neri B, Tolley J, et al: El uso de biomarcadores serológicos en una prueba diagnóstica para el síndrome de intestino irritable (SII) Rev. Gastroenterología Mex, 2009; 74 (2): 139-143.
12. Brito-Lugo P. Síndrome de intestino irritable: Tratamiento. Rev. Gastroenterología Mex, 2007; 72 Supl.1 62-63.
13. Schmulson-Max J, Noble Lugo A, Valenzuela- de la Cueva VM, De Ariño-Suarez M, Guillermo-Denis LAJ, Ramos-Narváez FA. Guías Clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Tratamiento. Rev. Gastroenterología Mex, 2009; 74 (1): 63-70.
14. Remes-Troche JM, Gomez-Escudero O, Nogueira-de Rojas JR, Carmona-Sánchez R, Perez-Manauta J, López-Colombo A, et al. Tratamiento farmacológico del síndrome de intestino irritable: revisión técnica Rev. Gastroenterología Mex, 2010; 75 (1): 42-66
15. Martínez-Vázquez MA, Vazquez-Elizondo G, Gonzalez-Gonzalez JA, Gutierrez-Udave R, Maldonado-Garza HJ, Bosques-Padilla FJ. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of Irritable Bowel Syndrome: Systematic review and meta-analysis. Rev. Gastroenterología Mex, 2012; 77 (2): 82-90.
16. Schmulson-Max J, Chang L. Review article: the treatment on functional abdominal bloating and distension. AlimentPharmacolTher 2011; 33:1071-1086.
17. Huerta GJ. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1 era Edición 2005. México DF pp 12-47
- 18.A. Membrillo, M. A. Fernández, J.R. Quiroz, J.L. Rodríguez Familia Introducción al estudio de sus elementos. Editoriales de Textos Mexicanos 2008 Definiciones y conceptos de familia Cap. 3 pp 35-49
19. De la Revilla L. La disfunción familiar. Atención Primaria,1992; 2: 582-83
20. Irigoyen. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Tercera edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2006.
21. Pérez-Sánchez L, Mercado-Rivas MX, Espinoza-Parra IM. Percepción familiar en la enfermedad crónica. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2011; 14(4): 268-294.
22. Esquivel-Hernández MT, Flores-Arenales R. La Familia desde la Perspectiva Sociodemográfica. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2004; 7(1): 33-49.

23. Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Galíndez E, Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006; 6 (2): 317-338.
24. Ortiz-Gómez MT, Padilla-Torres MA, Padilla-Ortiz E. Diseño de Intervención en Funcionamiento Familiar. *Psicol. Am. Lat.* [online]. 2005; 3: 0-0.
25. Gómez-Vela M, Sabeh, EN. Calidad de Vida. Artículo de la Enciclopedia Libre Universal en Español. 0-0
26. Fernández-Rodríguez C, Alvares-Fernández N. La calidad de vida en personas con síndrome de intestino irritable. *Rev. Clínica y Salud, España*, 2002;13(1): 7-31
27. Ayuso-Castillo R, Moo-Estrella J. Influencia del Síndrome del Intestino Irritado sobre calidad de vida y el bienestar subjetivo en jóvenes universitarios. Facultad de Psicología, UAY Mex. *Procesos Psicológicos y Sociales* 2006;2 (1):0-0.
28. Asociación entre ansiedad y calidad de vida en los diferentes subgrupos de síndrome de intestino irritable. *Rev. Gastroenterología Mex*, 2011; 76 (4): 295-301.
29. Vinaccia S, Fernández H, Amador O, Tamayo RT, Vázquez A, Contreras F. et al. Calidad de vida, Ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile* 2005; 23 (2): 65-74.

10. ANEXO I

10. DIAGRAMA DE FLUJO.



ANEXO II

Formato de Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Correlación de calidad de vida y funcionalidad familiar en los pacientes de la umf 2, con síndrome de intestino irritable de acuerdo a los criterios de roma III.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla; noviembre-30 diciembre 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Su participación en el estudio nos ayudará a detectar síndrome de intestino irritable su correlación entre calidad de vida y funcionalidad familiar, para poder establecer estrategias y apoyar de forma integral a los pacientes.
Procedimientos:	Si usted decide participar en el estudio, se le aplicará un cuestionario para detectar síndrome de intestino irritable y valorar su calidad de vida y funcionalidad familiar.
Posibles riesgos y molestias:	La aplicación del cuestionario requerirá de un tiempo aproximado de 10 minutos. En un ambiente tranquilo 10-15 minutos dicho evento no pone en riesgo su integridad ni su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Su participación es voluntaria y no recibirá pago alguno, tendrá el beneficio de conocer si cursa con síndrome de intestino irritable, su calidad de vida y funcionalidad familiar para así poder tratar la enfermedad de forma integral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará sobre su condición de salud al término del estudio y se determinará las acciones a seguir en caso necesario para su atención oportuna.
Participación o retiro:	Usted podrá retirarse del estudio en el momento en que así lo decida sin que se vean afectados sus derechos ante el IMSS ni es los tratamientos establecidos, ni tampoco se tomarán represalias respecto a su atención médica
Privacidad y confidencialidad:	El equipo de investigadores, resguardará la información de manera confidencial, su médico familiar y las personas que estén involucradas en el cuidado de su salud sabrán que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información sobre usted, o que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos de que usted así lo desee. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o bienestar (por ejemplo si llegara a sufrir algún daño físico o si llegara a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras

bases de datos. Los resultados serán entregados personalmente

En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

En caso de resultar con la enfermedad el Instituto cuenta con los recursos terapéuticos necesarios para su tratamiento.

Beneficios al término del estudio:

Prevención de la enfermedad y determinar lineas de acción para su tratamiento oportuno.

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

Investigador Responsable:

DR. J. EMILIO RODRIGUEZ AGUILAR

Colaboradores:

DRA- MARIA ODILIA CHAVEZ PEÑALOZA

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXOS III 12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRÁFICA DE GANTT

AÑO 2012 / 2013								
ACTIVIDADES	N	D	E	F	M	A	M	J
REGISTRO DEL PROTOCOLO ANTE EL CLIEIS 2103	■	■						
TRABAJO DE CAMPO (IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA)			■	■				
LOCALIZACIÓN DE LOS PACIENTES			■	■				
APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS			■	■				
ANÁLISIS DE RESULTADOS					■	■		
SEMINARIO DE TESIS							■	
PRESENTACIÓN DE LA TESIS.								■

ANEXO IV

CUESTIONARIO FACES III EN EL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

No. de Paciente _____

A. Datos sociodemográficos

1. **Edad:** _____ años 2. **Género:** ___ Masculino ___ Femenino 3. **Estado civil:** ___ Soltero
 ___ Casado ___ Unión Libre ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo
 4. **Escolaridad:** ___ Sin escolaridad ___ Primaria ___ Secundaria ___ Preparatoria
 ___ Licenciatura ___ Posgrado 5. **Ocupación:** ___ Ama de casa
 ___ Estudiante ___ Subempleado/eventual ___ Comerciante ___ Empleado ___ Profesionista
 ___ Otro _____ 6. Ingreso mensual familiar _____ 7. No.de integrantes familiares:

Describe a su familia

Marque con una **X** la respuesta correcta o la que más se aproxime a sus características:

Pregunta	1.Nunca	2.Casi nunca	3.Algunas veces	4. Casi siempre	5.Siempre
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

		Cohesión			
		No Relacionada 10 a 34	Semirelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Adaptabilidad	Caótica 29 a 50	Caóticamente No Relacionada	Caóticamente semirelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente No Relacionada	Flexiblemente semirelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente No Relacionada	Estructuralmente semirelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada

	<i>Rígida</i> <i>10 a 19</i>	Rígidamente No Relacionada	Rígidamente semirelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente Aglutinada
Familias Balanceadas		Familias en rango medio		Familias extrema	

ANEXO V

IBSQOL

***Cuestionario IBS-Qol De Calidad De Vida
Específico Para El Síndrome Del Intestino Irritable.***

P1. Me siento desbordado/a debido a mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P2. Me siento avergonzado/a por el olor causado por mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P3. Me molesta la cantidad de tiempo que paso en el lavabo.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P4. Me siento vulnerable a otras enfermedades a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P5. Me siento gordo/a a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P6. Siento que estoy perdiendo el control de mi vida a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P7. Siento que mi vida es menos agradable a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho

5. Muchísimo

P8. Me siento incomodo/a cuando hablo sobre mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P9. Me siento deprimido/a debido a mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P10. Me siento aislado/a de otras personas a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P11. Tengo que tener cuidado con la cantidad que como a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P12. Debido a mis problemas intestinales, me es difícil la actividad sexual.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P13. Me siento enfadado/a porque tengo problemas intestinales.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P14. Siento que irrito a los demás con mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P15. Me preocupa que mis problemas intestinales se agraven.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P16. Me siento irritable a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Mucho

5. Muchísimo

P17. Me preocupa que la gente crea que exagero mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P18. Siento que hago menos de lo que pudiera a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P19. Tengo que evitar situaciones de estrés a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P20. Mis problemas intestinales disminuyen mi deseo sexual.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P21. Mis problemas intestinales me limitan en la ropa que puedo ponerme.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P22. Tengo que evitar actividades intensas a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P23. Tengo que vigilar el tipo de alimentos que como debido a mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P24. A causa de mis problemas intestinales, me es difícil pasar tiempo con gente que no conozco muy bien.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P25. Me siento pesado a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P26. Me siento sucio/a a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P27. A causa de mis problemas intestinales, los viajes largos me son difíciles.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P28. Siento frustración porque no puedo comer cuando quiero a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P29. Es importante para mí estar cerca de un lavabo a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P30. Mi vida gira en torno a mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P31. Me preocupa la posibilidad de perder el control sobre mis hábitos intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P32. Temo la posibilidad de no poder evacuar.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P33. Mis problemas intestinales están afectando mis relaciones más cercanas.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

P34. Siento que nadie entiende mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
VARIABLE	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDICION	METODO
EDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	AÑOS CUMPLIDOS	RECOLECCIÓN DE DATOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTÓMICA	HOMBRE-MUJER	RECOLECCIÓN DE DATOS
RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	CATÓLICA NO CATÓLICA	RECOLECCIÓN DE DATOS
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	TÉCNICA PROFESIONISTA	RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO	RECOLECCIÓN DE DATOS
LUGAR DE RESIDENCIA	CUALITATIVA	NOMINAL	URBANA SUBURBANA RURAL	RECOLECCIÓN DE DATOS
NIVEL SOCIOECONÓMICO	CUALITATIVA	ORDINAL	ALTO MEDIO BAJO	RECOLECCIÓN DE DATOS

