



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 09 septiembre de 2024

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad HUILA – NEIVA

El (Los) suscrito(s):

Paula Stefania Acevedo Yasno, con C.C. No. 1075321127,

Karen Tatiana Martínez Ramírez con C.C. No. 1075318087,

Deily Luciana Bautista Ramírez, con C.C. No. 1004159685,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado ansiedad y depresión en pacientes adultos diagnosticados con trastornos funcionales digestivos en el hospital universitario hernando moncaleano perdomo. 2023, presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar al título de Médico;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional [www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co), link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

**CÓDIGO**

**AP-BIB-FO-06**

**VERSIÓN**

**1**

**VIGENCIA**

**2014**

**PÁGINA**

**2 de 2**

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Paula Stefania Acevedo Yasno

Firma: *Paula Acevedo*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Karen Tatiana Ramírez Martínez

Firma: *Karen Martínez*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Deily Luciana Bautista Ramírez

Firma: *Luciana B*



**TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO** Ansiedad y depresión en pacientes adultos diagnosticados con trastornos funcionales digestivos en el hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. 2023

**AUTOR O AUTORES:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Acevedo Yasno	Paula Stefania
Bautista Ramirez	Deily Luciana
Martinez Ramirez	Karen Tatiana

**DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Melgar Burbano	Christian Ernesto

**ASESOR (ES):**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Melgar Burbano	Christian Ernesto
Castro Betancourt	Dolly

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:** Medico (a)

**FACULTAD:** Salud

**PROGRAMA O POSGRADO:** Medicina

**CIUDAD:** Neiva      **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2024      **NÚMERO DE PÁGINAS:** 106

**TIPO DE ILUSTRACIONES** (Marcar con una X):

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional [www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co), link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>2 de 4</b>
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

Diagramas \_\_\_ Fotografías \_\_\_ Grabaciones en discos \_\_\_ Ilustraciones en general \_\_\_ Grabados \_\_\_ Láminas \_\_\_  
Litografías \_\_\_ Mapas \_\_\_ Música impresa \_\_\_ Planos \_\_\_ Retratos \_\_\_ Sin ilustraciones \_\_\_ Tablas o  
Cuadros \_X\_

**SOFTWARE** requerido y/o especializado para la lectura del documento:

**MATERIAL ANEXO:**

**PREMIO O DISTINCIÓN** (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

**PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:**

**Español**

**Inglés**

- |                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Ansiedad                          | Anxiety                        |
| 2. Depresión                         | Depression                     |
| 3. Reflujo gastroesofágico           | Gastroesophageal reflux        |
| 4. Síndrome de intestino irritable   | Irritable bowel syndrome       |
| 5. Trastornos funcionales digestivos | Functional digestive disorders |

**RESUMEN DEL CONTENIDO:** (Máximo 250 palabras)

Introducción y objetivos: Los trastornos gastrointestinales funcionales son enfermedades complejas caracterizadas por síntomas gastrointestinales, desprovistos de una patología orgánica subyacente. Son trastornos comunes, crónicos y discapacitantes, que disminuyen de manera significativa la calidad de vida. Siendo el síndrome de intestino irritable y la enfermedad por reflujo gastroesofágico los más relacionados con ansiedad y depresión.

El objetivo del presente estudio fue describir la frecuencia de estados afectivos como la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con trastornos funcionales digestivos como el síndrome de intestino irritable y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, mediante la escala ZUNG para depresión y ansiedad en el HUHMP de Neiva 2023

Metodología: Estudio descriptivo de tipo prospectivo, transversal, se recolectaron datos mediante la aplicación de la escala ZUNG para depresión y ansiedad, a pacientes diagnosticados con síndrome de



intestino irritable y enfermedad por reflujo gastroesofágico, que asistieron a la consulta de gastroenterología del HUHMP de Neiva.

Resultados: se recolectaron datos de 7 pacientes, de los cuales 5 eran mujeres y 2 hombres, con edades superiores a 18 años, diagnosticadas con síndrome de intestino irritable y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Encontrando mayor frecuencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (6 pacientes). Respecto a los datos arrojados en relación a su nivel de gravedad, se encontró la presencia de depresión leve en 3 pacientes, al igual que la depresión moderada, y el estado de no depresión en 1 paciente; por otro lado, la presencia de ansiedad grave en 5 pacientes, ansiedad moderada y ansiedad leve en 1 paciente cada uno.

**ABSTRACT:** (Máximo 250 palabras)

Introduction and objectives: Functional gastrointestinal disorders are complex diseases characterized by gastrointestinal symptoms, devoid of an underlying organic pathology. They are common, chronic and disabling disorders, which significantly reduce the quality of life. Irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease are the most related to anxiety and depression.

The objective of the present study was to describe the frequency of affective states such as depression and anxiety in patients diagnosed with functional digestive disorders such as irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease, using the ZUNG scale for depression and anxiety at the HUHMP of Neiva 2023

Methodology: Descriptive, prospective, cross-sectional study. Data were collected by applying the ZUNG scale for depression and anxiety to patients diagnosed with irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease, who attended the gastroenterology clinic at the HUHMP in Neiva.

Results: Data were collected from 7 patients, 5 of whom were women and 2 men, aged over 18 years, diagnosed with irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease. A higher frequency of gastroesophageal reflux disease was found (6 patients). Regarding the data in relation to their level of severity, mild depression was found in 3 patients, as well as moderate depression, and non-depressed status in 1 patient; on the other hand, severe anxiety was found in 5 patients, moderate anxiety and mild anxiety in 1 patient each.



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>4 de 4</b>
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

**APROBACION DE LA TESIS**

Nombre presidente Jurado: DOLLY CASTRO BETANCOURT

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Ansiedad y Depresión en Pacientes Adultos Diagnosticados Con Trastornos Funcionales  
Digestivos en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. 2023

Paula Stefania Acevedo Yasno

Deily Luciana Bautista Ramírez

Karen Tatiana Martínez Ramírez

Universidad Surcolombiana

Facultad de Salud

Programa Medicina

Neiva-Huila

2024

Ansiedad y Depresión en Pacientes Adultos Diagnosticados Con Trastornos Funcionales

Digestivos en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. 2023

Paula Stefania Acevedo Yasno

Deily Luciana Bautista Ramírez

Karen Tatiana Martínez Ramírez

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico General

Asesores:

Christian Ernesto Melgar Burbano

Médico Internista

Especialista En Gastroenterología

Dolly Castro Betancourt

Enfermera

Especialista En Epidemiología

Magister En Salud Pública

Universidad Surcolombiana

Facultad de Salud

Programa Medicina

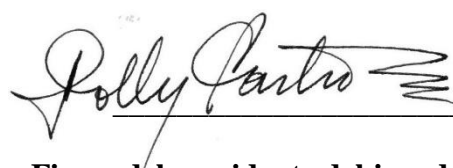
Neiva- Huila

2024



**NOTA DE ACEPTACIÓN**

**Trabajo de grado aceptado**

A handwritten signature in black ink that reads "Polly Castro". The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath the name.

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

## Dedicatoria

Este proyecto va dedicado a nuestros padres por su esfuerzo y sacrificio, por darnos la oportunidad de salir adelante brindándonos la oportunidad de escoger esta hermosa y gratificante profesión para nuestro futuro y por creer en nuestras capacidades, aunque hemos pasado momentos difíciles, ellos siempre han estado ahí para brindarnos comprensión, cariño y amor.

A nuestros amigos y compañeros presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio nos comparten su conocimiento, alegrías, tristezas y todas las personas que nos han acompañado durante este largo y arduo proceso.

De forma especial va dedicada a todos nuestros profesores de la universidad Surcolombiana, desde básicas hasta clínicas. Agradecemos enormemente a la Dra. Dolly Castro y el Dr. Christian Melgar por confiar en nosotras, por guiarnos y permitirnos llevar a cabo este proyecto, por tener la paciencia necesaria y por haber sido esas personas que bajo sus directrices lograron explicarnos cada detalle para ir moldeando con amor y finalmente, terminar este proyecto.

Gracias a todos.

**Paula,**  
**Luciana,**  
**Karen.**

## Agradecimientos

Gracias a Dios por permitirnos tener y disfrutar a nuestra familia, por darnos las capacidades necesarias para llegar al punto en que nos encontramos hoy.

Gracias a nuestras familias por apoyarnos en cada decisión y brindarnos la oportunidad de llevar a cabo este proyecto de vida, que hoy en día apenas está iniciando, por habernos forjado como las personas que somos actualmente, ya que con sus reglas y con algunas libertades, hicieron de nosotras personas llenas de virtudes y con un gran corazón para poder entregarlo a cada uno de ustedes y en un futuro no muy lejano, a todas las personas que estarán bajo nuestro cuidado como pacientes, gracias por motivarnos constantemente para alcanzar nuestros sueños, pues, sin ningún de ustedes no habría sido posible.

Gracias a la vida porque cada día nos demuestra lo hermosa y justa que puede llegar a ser. Gracias por creer en nosotras y gracias, Dios por ser tan bondadoso y permitirnos disfrutar y vivir cada día acompañado de todos ustedes.

## Contenido

	Pag,
Introducción .....	15
1. Justificación .....	18
2. Antecedentes del Problema .....	20
3. Planteamiento del problema .....	26
3.1. Pregunta Problema .....	32
4. Objetivos .....	33
4.1. Objetivo General .....	33
4.2. Objetivos Específicos.....	33
5. Marco Teórico .....	34
5.1. Síndrome de intestino irritable (SII).....	34
5.1.1. Definición .....	34
5.1.2. Epidemiología.....	34
5.1.3. Fisiopatología .....	36
5.1.4. Cuadro Clínico .....	37
5.1.5. Síntomas y Signos de Alarma .....	38
5.1.6. Criterios Diagnósticos .....	39
5.1.7. Tratamiento .....	42
5.2. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE).....	44
5.2.1. Definición .....	44
5.2.2. Epidemiología.....	45
5.2.3. Etiología.....	46
5.2.4. Fisiopatología .....	47

	Pag,
5.2.5. Diagnóstico.....	48
5.2.5.1. Tratamiento .....	50
5.3. Depresión.....	53
5.3.1. Trastorno de Depresión Mayor.....	56
5.3.2. Trastorno Depresivo Persistente (distimia) .....	58
5.3.3. Trastorno Depresivo Debido a Otra Afección Médica .....	59
5.4. Ansiedad.....	59
5.4.1. Trastorno de Ansiedad Generalizado.....	62
5.4.2. Trastornos de Ansiedad Debido a Otra Afección Médica .....	62
5.5. Escala Zung para Depresión y Ansiedad.....	63
6. Hipótesis.....	65
7. Diseño metodológico .....	66
7.1. Tipo de Estudio.....	66
7.2. Lugar donde se Realiza la Investigación.....	66
7.3. Población y Muestra .....	67
7.3.1. Criterios de Inclusión.....	67
7.3.2. Criterios de Exclusión .....	67
7.4. Técnicas y Procedimientos para la Recolección.....	67
7.5. Instrumentos para la Recolección de los Datos .....	68
7.6. Prueba Piloto.....	68
7.7. Plan de Procesamiento de datos .....	69
7.8. Plan de Análisis .....	69
7.9. Fuentes de Información .....	69
7.10. Aspectos Éticos .....	69
8. Análisis de Resultados.....	71
9. Discusión .....	75
10. Conclusiones .....	78

	Pag,
11. Recomendaciones .....	79
Referencias Bibliográficas .....	80
Anexos.....	91

## Lista De Tablas

	Pag,
Tabla 1 Criterios diagnósticos del SII.....	41
Tabla 2. Clasificación del SII de acuerdo al patrón predominante de evacuaciones.....	42
Tabla 3. Tratamiento de SII .....	43
Tabla 4 Regímenes y tipos de dosis de los inhibidores de la bomba de protones .....	52
Tabla 5 Muestra según género y edad.....	72
Tabla 6 Muestra según intervalos de tiempo de diagnostico.....	73
Tabla 7 Muestra según trastorno digestivo funcional .....	73
Tabla 8 Distribución del nivel de gravedad de depresión y ansiedad según escala de ZUNG .....	74

## Lista de Anexos

	Pag,
Anexo A. Cuestionario .....	92
Anexo B. Tabla de Operacionalización de Variables .....	100
Anexo C. Cronograma.....	102
Anexo D. Presupuesto .....	103
Anexo E. Acuerdo de Confidencialidad .....	105
Anexo F. Consentimiento Informado .....	106



## Resumen

En nuestra sociedad los trastornos gastrointestinales funcionales son muy comunes, crónicos, recurrentes y incapacitantes, lo cual disminuye significativamente la calidad de vida de las personas.(1). En el presente estudio se buscara hacer una relación directa entre los dos trastornos gastrointestinales que más se han asociado a la depresión y ansiedad que según la literatura ya descrita son la enfermedad de reflujo gastroesofágico y síndrome de intestino irritable. Se ha evidenciado que si existe una relación estrecha entre estos dos sistemas, el sistema nervioso y gastrointestinal, dada mediante el eje cerebro-intestino; el cual consiste en una red neuroendocrina que va permitir la comunicación bidireccional entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Nervioso Entérico, el cual se compone del sistema nervioso autónomo, el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), SNC Y SNE. (2)

Este estudio teniendo como objetivo primordial describir la frecuencia de estados afectivos como la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con trastornos funcionales digestivos como el SII y la ERGE, mediante la escala ZUNG para depresión y ansiedad del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el año 2023. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de tipo prospectivo, mediante la aplicación de la escala ZUNG para depresión y ansiedad, a los pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable y enfermedad por reflujo gastroesofágico, que asisten a la consulta de gastroenterología del HUHMP de Neiva. Además, es un estudio transversal, debido a que se busca establecer con una sola medición, en un momento y lugar determinado, la presencia de trastornos psicoafectivos como ansiedad y depresión. En cuanto a los resultados, el total de la población fueron 5 mujeres y 2 hombres, donde se encontró la presencia de depresión leve en 3 pacientes, al igual que la

depresión moderada encontrada en otros 3 pacientes, y finalmente, el estado de no depresión en solo un paciente. Por otro lado, en cuanto a la ansiedad grave, se encontraron en 5 pacientes, luego, ansiedad moderada y ansiedad leve cada uno con solo paciente.

Palabras clave: ansiedad, depresión, reflujo gastroesofágico, síndrome de intestino irritable y Trastornos funcionales digestivos .

## Abstract

In our society, functional gastrointestinal disorders are very common, chronic, and recurrent and disabling, which significantly decreases people's quality of life. (1). In the present study we will seek to make a direct relationship between the two gastrointestinal disorders that have been most associated with depression and anxiety, which according to the literature already described are gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome. It has been shown that there is a close relationship between these two systems, the nervous and gastrointestinal systems, given through the brain-intestine axis; which consists of a neuroendocrine network that will allow bidirectional communication between the Central Nervous System and the Enteric Nervous System, which is made up of the autonomic nervous system, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA), CNS and SNE. (2)

This study, with the primary objective of describing the frequency of affective states such as depression and anxiety in patients diagnosed with functional digestive disorders such as IBS and GERD, using the ZUNG scale for depression and anxiety at the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital in 2023. An observational, descriptive, prospective study was carried out, by applying the ZUNG scale for depression and anxiety, to patients diagnosed with irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease, who attend the gastroenterology clinic of the Neiva HUHMP. In addition, it is a cross-sectional study, since it seeks to establish with a single measurement, at a given time and place, the presence of psycho-affective disorders such as anxiety and depression. Regarding the results, the total population was 5 women and 2 men, where the presence of mild depression was found in 3 patients, as well as moderate depression found in another 3 patients, and finally, the state of non-depression. In only one

patient. On the other hand, regarding severe anxiety, they were found in 5 patients, then moderate anxiety and mild anxiety each with only one patient.

Keywords: anxiety, depression, gastroesophageal reflux, irritable bowel syndrome and Functional digestive disorders.

## Introducción

Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) son enfermedades complejas caracterizadas por síntomas gastrointestinales, desprovistos de una patología orgánica subyacente. Son trastornos comunes, crónicos, recurrentes y discapacitantes, que disminuyen de manera significativa la calidad de vida (1). En este trabajo se hablara de los dos trastornos gastrointestinales que están más asociados a la depresión y ansiedad, estos son la enfermedad de reflujo gastroesofágico y síndrome de intestino irritable; ya que se ha demostrado que existe una estrecha relación entre el cerebro y el tracto gastrointestinal, mediante una red neuroendocrina que permite la comunicación bidireccional entre el Sistema Nervioso Central (SNC) y el sistema nervioso entérico (SNE), llamado eje cerebro-intestino, el cual, se compone del SNC, SNE, sistema nervioso autónomo (SNA) y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). (2)

La ERGE constituye una de las entidades nosológicas del aparato digestivo de mayor prevalencia en la población occidental, basándonos en los datos del estudio internacional DIGEST se estima que un 7,7% refiere síntomas de ERGE, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes (3). Estudios poblacionales han demostrado que, desde 1995, la prevalencia de síntomas de ERGE se ha incrementado hasta en un 50% y que esta cifra se ha mantenido constante en los últimos años. (4). La ERGE se asocia con evolución crónica, compromete considerablemente la calidad de vida y tiene consecuencias económicas sustanciales. El trastorno depresivo mayor es una enfermedad neuropsiquiátrica muy frecuente en sujetos de todas las edades, afectan de manera pronunciada todas las funciones del organismo y las actividades cotidianas. Diversos estudios analizaron las asociaciones entre los trastornos

gastrointestinales funcionales y los factores psicológicos, y existe una clara vinculación entre el cerebro y el tracto gastrointestinal.(5).

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un problema que genera altos costos tanto al sector salud como al sector laboral. En Estados Unidos de Norteamérica se han reportado costos directos de \$1,6 mil millones e indirectos de \$19,2 mil millones de dólares anuales. En Latinoamérica existen pocos estudios que evalúen el impacto económico del SII y en Colombia no se encuentran (6). En Estados Unidos, por ejemplo, la prevalencia es del 17-20% mientras que, en Europa, empleando los mismos criterios, varía de unos países a otros: en el Reino Unido se sitúa entre el 17 y el 22%, en Italia en el 9%, y en Suecia en el 13%. En Australia la prevalencia de SII es del 13% mientras que, en Asia, en un estudio realizado en Bangladesh, alcanza casi el 33%. La prevalencia en España, país donde se ha investigado ampliamente este desorden es de aproximadamente un 10% (7).

Teniendo en cuenta los criterios de Roma II, la prevalencia del SII en Estados Unidos es del 5%, en Canadá del 12%, en Australia del 7%, en Palestina del 5 %, España del 3.3% y Colombia entre el 9 y el 18%. (8) . En nuestro país los estudios epidemiológicos son escasos, pero se ha comprobado que la coexistencia de síntomas psiquiátricos y síntomas gastrointestinales se presentan hasta en 80%, aunque no predomina ningún diagnóstico en particular y en un estudio realizado en pacientes con SII y tratados con amitriptilina y fluoxetina se encontró que en la psicopatología asociada al SII se incluye el trastorno de ansiedad, el cual puede preceder o seguir a los síntomas y la depresión, que se asocia a un grado mayor que la ansiedad (9). Se sabe que el estrés exagera los síntomas gastrointestinales en individuos sanos y en pacientes con SII; esto se encuentra relacionado con subtipos de pacientes que presentan

síntomas intestinales pero no relacionados con los alimentos, actividad u otros cambios fisiológicos (10).

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

Este estudio tiene como objetivo primordial describir la frecuencia de estados afectivos como la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con trastornos funcionales digestivos como el SII y la ERGE, mediante la escala ZUNG para depresión y ansiedad del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el año 2023. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de tipo prospectivo, mediante la aplicación de la escala ZUNG para depresión y ansiedad, a los pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable y enfermedad por reflujo gastroesofágico, que asisten a la consulta de gastroenterología del HUHMP de Neiva. Además, es un estudio transversal, debido a que se busca establecer con una sola medición, en un momento y lugar determinado, la presencia de trastornos psicoafectivos como ansiedad y depresión.

La información generada tiene aplicabilidad relevante en el área de la salud ya que genera conocimientos acerca de la presentación de estas patologías y su diagnóstico para así poder intervenir de manera más oportuna sobre estas y lograr ofrecer un tratamiento dirigido e individualizado, logrando evitar diagnósticos incorrectos, elevados costos e influir en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

## 1. Justificación

Se considera muy interesante y de gran importancia realizar la presente investigación en los pacientes del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo ya que la prevalencia en el mundo de SII varía entre 10 y 35%, siendo este un gran porcentaje donde, además, se tiene en cuenta que el SII cursa con episodios de exacerbación y remisión, afectando en grado variable la calidad de vida de los pacientes. Los conflictos laborales, las dificultades económicas o interpersonales, los antecedentes de abuso sexual, maltrato físico y/o psicológico, ansiedad, pánico, depresión, frustración, baja autoestima, etc.; se relacionan a esta enfermedad, situaciones que se ven muy a menudo presentes en nuestro medio y que sin duda alguna afectan diariamente a nuestros pacientes. Sumado a esto, la coexistencia de síntomas psiquiátricos y síntomas gastrointestinales se presentan hasta en 80% de los pacientes que asisten a la consulta de gastroenterología, cifra que es bastante elevada y que hace que centremos nuestro interés en este tema. (13).

En países industrializados se observa una prevalencia del 10 al 15 %<sup>4,5</sup>. En Estados Unidos es una de las causas más frecuentes de absentismo laboral después de la gripe y genera 2,4 a 3,5 millones de consultas médicas y más de dos millones de prescripciones, produciendo costos superiores a 33 mil millones de dólares. En los países Latinoamericanos como Brasil, México, Uruguay y Colombia se observa una prevalencia entre el 9 y 18 %. (14). Por otro lado, la incidencia de la ERGE se estima entre 0,0054 y 5,4 por 1000 personas-año y aumenta después de los 40 años de edad 46-48. Esta enfermedad también se ha relacionado con algunos factores psicológicos como el estrés percibido y/o la ansiedad crónica, aunque su papel no ha sido bien aclarado. Pese a ello, existen algunos datos clínicos y experimentales que sugieren que el estrés



psicológico podría ejercer un papel aditivo en el nivel de percepción sintomática. En este sentido se ha observado en China que tanto la ansiedad como la depresión serían más comunes en pacientes con ERGE, además, afecta a la sociedad durante sus años. Perjudica el desarrollo de actividades diarias y la productividad, tanto más cuanto más graves son los síntomas, y por la presencia de episodios de RGE nocturno. Se ha estimado que un 30% de los trabajadores que sufren de síntomas de ERGE pueden ver reducida su productividad laboral. Es uno de los trastornos gastrointestinales que más gasto generan, estimándose en Estados Unidos un costo directo cercano a los 9,8 millardos de dólares al año. (34).

Además, se conoce que ambos pacientes tienen una pobre calidad de vida asociada con la salud (HRQOL), ya que estas patologías interfirieran con las actividades cotidianas y la dieta, desencadenando una preocupación constante por el estado de salud. En general, se reporta un mayor impacto de la HRQOL entre aquellos sujetos que buscan en comparación con aquellos que no buscan atención médica. Asimismo, dicha calidad de vida parece mejorar en relación con la mejoría en la gravedad de los síntomas y las actividades diarias después de recibir tratamiento psicológico y/o antidepresivo, por tal motivo, se considera que es un estudio de suma importancia ya que estas son patologías que se presentan de manera muy frecuente en nuestra consulta de gastroenterología y, además de esto, porque hoy en día la importancia de la salud mental está en auge. (35)

## 2. Antecedentes del Problema

Los trastornos funcionales intestinales son de importancia en la investigación, el SII y la ERGE son unos de los trastornos gastrointestinales detectados con mayor frecuencia en la práctica clínica. Los pacientes con SII experimentan síntomas físicos, emocionales y sociales que generan un impacto importante en la calidad de vida y tienden a valorar negativamente su estado de salud, por lo que existe interés por evaluar la calidad de vida en estos pacientes. Uno de los propósitos específicos para realizar mediciones de sus características y los factores psicosociales en los pacientes con SII es evaluar el impacto de la enfermedad en la vida diaria, monitorear la salud en este tipo de pacientes en la población y emprender políticas de salud encaminadas a mejorar la calidad de vida y su salud mental. (11). Por otro lado, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) consiste en una patología en donde se da un paso del contenido gástrico hacia el esófago, en cantidades y duraciones mayores a lo que ocurre normalmente en el periodo postprandial; lo que puede llevar a la aparición de síntomas, ya sea a nivel del tracto gastrointestinal o en otros órganos, al igual que generar trastornos psiquiátricos como la ansiedad y depresión. (12)

Se han realizado estudios cuyo objetivo principal es evaluar el impacto de estos trastornos psicoafectivos que se han podido asociar a la decisión de buscar atención médica, por lo que es importante lograr conocer sus características clínicas y su impacto en la calidad de vida de las personas.

El SII es caracterizado por alteraciones de la motilidad intestinal sin causa orgánica. Presenta alteraciones psiquiátricas y somatización hasta en 80%. (13). Y se sabe que la ansiedad o depresión preceden o son concomitantes con síntomas gastrointestinales ya sea del SII y la

ERGE. En la presentación de SII influyen muchos factores como alteraciones en la motilidad intestinal, hipersensibilidad visceral, mecanismos inflamatorios y también factores sociodemográficos, familiares, culturales y psicosociales; como se demostró en el estudio de casos y controles donde se tomaron 754 pacientes, 256 diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable (casos) y 498 pacientes sin la enfermedad (controles). Entre los 30 y 60 años en tres instituciones privadas de salud de Cartagena de Indias seleccionados aleatoriamente, se evidencio que pertenecen al sexo femenino y al estrato socioeconómico bajo significó un riesgo para presentar la enfermedad, así como la disfuncionalidad familiar, hábitos como consumir alcohol o café diario, al igual que estar en situaciones de estrés o presentar depresión y ansiedad son factores de riesgo para presentar dicho trastorno. (14).

El estrés afecta a funciones gastrointestinales tales como motilidad, permeabilidad, sensibilidad visceral, secreciones y flujo sanguíneo, relacionándose con la aparición de reflujo gastroesofágico, úlceras pépticas e incluso intolerancia a ciertos alimentos, estas condiciones y sus síntomas se han relacionado con la aparición de trastornos psiquiátricos como la depresión y ansiedad, en un estudio de tipo descriptivo y transversal se analizaron los sujetos que se sometieron a una esofagogastroduodenoscopia y completaron un cuestionario de síntomas entre enero de 2008 y diciembre de 2011. Los sujetos se clasificaron en los siguientes grupos: enfermedad de reflujo erosivo (ERD), enfermedad de reflujo no erosiva (NERD), esofagitis erosiva asintomática (AEE) y controles. La ansiedad y la depresión se evaluaron utilizando el Inventario de Ansiedad de Estado y el Inventario de Depresión de Beck, respectivamente. Analizaron 19.099 sujetos: 16.157 (84,6%), 176 (0,9%), 1.398 (7,3%) y 1.368 (7,2%) en los grupos de control, ERD, NERD y AEE, respectivamente. Y finalmente concluyeron que los

niveles de ansiedad y depresión eran significativamente más altos en los sujetos con ERGE (especialmente en el NERD) que en los controles. (15)

Existen una serie de investigaciones que amplían el conocimiento del tema, donde las palabras claves más frecuentemente utilizadas son SII, ERGE, dispepsia, depresión, ansiedad, estrés y calidad de vida. Por otro lado, los tipos de estudios que se destacan son los de tipo descriptivo y transversal, así como de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles como el estudio denominado “la depresión como factor de riesgo de síndrome de intestino irritable en pacientes adultos”, realizado en Trujillo Perú en el año 2020 donde la población de estudio estuvo constituida por 216 pacientes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con Síndrome de Intestino Irritable o sin él. Se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado, donde el objetivo era identificar si la depresión es factor de riesgo de Síndrome de Intestino Irritable en pacientes adultos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el período 2016 a 2018. Se obtuvo que la depresión es factor de riesgo para Síndrome de Intestino Irritable con un odds ratio de 2.39, donde en el análisis multivariado se verifica la significancia del riesgo para las variables depresión, ansiedad, fibromialgia e insomnio en estudio en relación con la aparición del desenlace Síndrome de Intestino Irritable (16).

De igual manera en un estudio donde fue utilizado un muestreo probabilístico de tipo polietápico para la selección de los estudiantes, independientemente de edad y sexo; las fuentes de información fueron la historia clínica, el inventario de ansiedad, la escala de depresión de Beck, escala de eventos de la vida y el historial académico; el cual tenía como objetivo estimar la prevalencia del síndrome de intestino irritable (SII) en estudiantes de medicina y determinar la asociación con ansiedad, depresión y estrés, y el impacto en su rendimiento académico, donde

concluyeron que el SII se encuentra asociado. Se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres, y que la enfermedad no afecta el rendimiento académico de los estudiantes.

(17)

Se realizó un estudio prospectivo, publicado en el año 2014, donde se tomaron 225 pacientes consecutivos que tenían síntomas de ERGE evaluados. Los pacientes se sometieron a un control ambulatorio de la impedancia del pH las 24 horas, y los niveles de ansiedad y depresión se evaluaron utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. En cuanto a los resultados, se diagnosticó ERGE en 147 pacientes (78 pacientes tenían acidez estomacal funcional); 36 pacientes eran hipersensibles al reflujo gastroesofágico. Entre los pacientes con ERGE, el aumento de los niveles de ansiedad se asoció con dolor retroesternal más intenso y ardor retroesternal. Además, el aumento de los niveles de ansiedad y depresión se asoció con puntuaciones más bajas del componente mental del cuestionario de calidad de vida. Entre los pacientes con ERGE con hipersensibilidad al reflujo, los niveles de ansiedad y depresión y la disminución de la calidad de vida fueron similares a los de otros pacientes con ERGE. Los pacientes con acidez estomacal funcional tenían niveles más altos de ansiedad que los pacientes con ERGE. Concluyendo que en pacientes con ERGE, el aumento de los niveles de ansiedad se asocia con un aumento de la gravedad del dolor y la acidez estomacal y una reducción de la calidad de vida. (18)

El objetivo principal de los estudios realizados sobre estos temas es determinar si existe una asociación entre el síndrome de intestino irritable y la ansiedad y depresión, así como también la relación entre estos trastornos psicoafectivos y la enfermedad por reflujo gastroesofágico. De igual forma, buscan analizar los factores de riesgo asociados a la presencia de SII y ERGE, su impacto en la calidad de vida y en la salud mental de las personas, para lograr

integrar un manejo multidisciplinario a este tipo de pacientes que acuden a la consulta de gastroenterología.

Existe una fuerte asociación entre la presencia de ansiedad e intestino irritable, como la asociación encontrada por Lydiard, que describió que el 42 % de los pacientes consecutivos admitidos con síndrome de pánico describieron espontáneamente síntomas gastroenterológicos como su molestia más importante. De estos, el 12 % estaban en tratamiento con gastroenterólogos por síndrome de intestino irritable, y el tratamiento farmacológico exitoso de su síndrome de pánico coincidió con la resolución de su cuadro intestinal. (19). En el estudio correlacional realizado entre enero del 2014 y diciembre del 2016 en Perú, donde incluyeron 195 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de SII atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), en el cual se evidencio que la ansiedad se presentó en el 93,3% de los pacientes siendo predominante la ansiedad moderada seguida de la ansiedad leve. Existe asociación entre el grado de ansiedad y la presencia de SII. La depresión se presentó en el 88,7% de los pacientes siendo predominante la depresión leve seguida de la depresión moderada. Existe asociación entre el grado de depresión y la presencia de SII. ( $\chi^2= 9,1396$  P 0,0275) y se concluyó que, existe asociación entre el síndrome de intestino irritable y la ansiedad y depresión en pacientes adultos. (20).

Se ha evaluado de igual manera la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes ambulatorios con SII a través de una revisión retrospectiva de historias clínicas, donde la presencia de ansiedad y/o depresión se determinó mediante los cuestionarios de autoinforme del Paciente Salud Cuestionario-9 y Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 o por diagnóstico a través de entrevista psiquiátrica, también se recopilaron datos demográficos de los pacientes, características de la enfermedad e información sobre medicamentos y se utilizó un análisis

multivariable para determinar las asociaciones entre los factores del paciente y la depresión y la ansiedad. En este estudio se revisaron 327 historias clínicas de pacientes y se encontró que las tasas de depresión y ansiedad eran 25,8% y 21,2%, con un 30,3% de pacientes que sufrían depresión y/o ansiedad y, además, que la actividad de la enfermedad estaba significativamente asociada con la depresión y/o la ansiedad, donde las mujeres eran más propensas a tenerla. (21).

### 3. Planteamiento del problema

El comportamiento de las enfermedades gastrointestinales varía constantemente debido a múltiples factores, algunos relacionados con el paciente, y otros, con el ambiente, la familia y la cultura. Dichos cambios implican el aumento de algunas enfermedades y la disminución de otras. Dentro de los factores más importantes está un mal estilo de vida, en cuanto a malos hábitos de alimentación y asociado al sedentarismo. Estos trastornos gastrointestinales se caracterizan por ser crónicos y por la aparición de síntomas predominantes como el dolor abdominal, la hinchazón, distensión o anormalidades del hábito intestinal; por ejemplo, constipación o diarrea. (22)

Con el Síndrome de Intestino Irritable (SII) es uno de los trastornos más frecuentes, es extendido ampliamente a nivel mundial, con una prevalencia del 5 a 20% de la población general, pero se puede evidenciar que solo el 20% busca atención médica; predomina en las clases bajas y la relación mujer: hombre es de 3:1, afecta aproximadamente a un 15% de las mujeres y a un 5% de los varones, y de igual forma se ha evidenciado que es más prevalente en personas jóvenes que en adultos (22). En Europa, Asia y Estados Unidos la prevalencia varía del 10% al 20%, las más bajas prevalencias se han encontrado en el sur de Asia con 7% y las más altas en Suramérica con 21%. Además, representa más del 30% de los pacientes en consulta por gastroenterología y el 12% de los que son atendidos en consulta externa de cuidado primario; y se ha evidenciado que la mitad de los pacientes tienen comorbilidades psiquiátricas tales como ansiedad, depresión o ambas. (23).

En Latinoamérica, específicamente en Brasil, Colombia, México y Uruguay, la prevalencia oscila entre el 9 y el 18%. (24) En el estudio realizado en México se demostró que las



mujeres están significativamente más afectadas por el SII, y que los estudiantes con ansiedad presentaron 31,2 veces más probabilidad de tener SII.(17) Que la depresión y ansiedad estuvieron asociados con SII en 5,3 y 7,1 veces más, respectivamente. Al igual que en el estudio hecho en Guatemala donde se demostró que las mujeres tuvieron 2,1 veces más probabilidad de tener SII en comparación a los hombres. (25)

El SII es una patología con una fisiología compleja, sus mecanismos fisiopatológicos son variables y distintos en cada individuo. En la psicopatología asociada se incluye el trastorno de ansiedad, el cual puede preceder o seguir a los síntomas y la depresión, que se asocia a un grado mayor que la ansiedad (13). Y a lo largo del tiempo se afirma que es un trastorno multifactorial, ya que factores tanto genéticos, ambientales o psicosociales pueden desencadenar este síndrome.

Se han documentado múltiples factores que influyen en la presentación, entre ellos están los cambios vitales, ser del sexo femenino, al igual que las dificultades económicas, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo es un factor de riesgo, siendo los estratos 1, 2, 3, considerados de clase baja y media baja, los más afectados con intestino irritable. El consumo de ciertos alimentos, de sustancias psicoactivas, fármacos o sustancias como el café, el alcohol y el tabaco también podrían intervenir de forma importante en el progreso de la patología o la exacerbación de los síntomas de la enfermedad. Estar expuestos frecuentemente a situaciones de estrés como dificultades en el trabajo, muerte de algún familiar, intervenciones quirúrgicas, problemas de pareja, historia de abuso sexual, frustración y la baja autoestima, también favorecen la presentación o la exacerbación de este trastorno. De la misma forma se puede deducir que la disfuncionalidad familiar podría convertirse en un factor de riesgo. (14)

La gravedad de este trastorno radica en la modificación de la calidad de vida de la persona, principalmente por su incidencia en los ámbitos cotidianos, como el laboral, social,

sexual, actividades domésticas y ocio, puede llegar a un estado muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas e incluso las actividades básicas de la vida cotidiana como bañarse, ya que se sienten cansados y exhaustos todo el tiempo, además presentan un dolor muy intenso y limitante, hay interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales, debido a problemas físicos o emocionales, al igual que problemas con el trabajo y otras actividades diarias, sentimientos de angustia y depresión todo el tiempo. (11)

Se ha encontrado que, en los pacientes con SII, el deterioro en la calidad de vida suele deberse principalmente a limitaciones en la función física, social, rol emocional y vitalidad, esta última más afectada en la población masculina. Se evidenció que el dolor constituye la condición que más afecta la calidad de vida en estos pacientes (principalmente en mujeres). Por otro lado, el aumento de la severidad de los síntomas, la salud mental y el rol emocional se ven más afectados, lo que influye de manera importante en el bienestar percibido por estos pacientes. Una percepción de calidad de vida deteriorada se asocia a una deficiente satisfacción con respecto a la salud mental, de un débil control frente a sus emociones, y altos niveles de ansiedad y depresión; estas emociones negativas suelen ser habituales en estos pacientes, debido en gran medida al curso incierto del trastorno. (26)

Con respecto a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) afecta un gran número de personas en todo el mundo y constituye una importante carga en los sistemas de salud por el alto número de consultas que genera, los costos de los medicamentos, la reducción de la calidad de vida y el impacto en la productividad laboral. En América del Norte y Europa, en estudios poblacionales que miden la presencia de síntomas semanalmente, se ha estimado una prevalencia de reflujo en adultos que varía entre el 10% y el 20%. Una cifra similar se observa en América Latina, donde la prevalencia estimada de síntomas como pirosis y regurgitación, experimentados

al menos semanalmente, ha sido informada entre el 11,9% y el 31,3%, mientras que en Asia la prevalencia descrita oscila entre el 2,5% y el 6,7%. En países occidentales, se ha estimado que el 5% de la consulta en atención primaria corresponde a la atención de reflujo gastroesofágico, mientras que, en Brasil, la probabilidad de asistir a consulta en las personas con síntomas de reflujo semanal es dos veces más alta que aquellos con síntomas menos frecuentes. (27)

Muchas situaciones estresantes en la vida están asociadas al inicio o exacerbación de múltiples enfermedades del sistema digestivo, incluyendo patologías gastrointestinales funcionales como el SII y la ERGE. Los pacientes con SII tienen comorbilidades psiquiátricas - trastorno de pánico, ansiedad y depresión- en un 50-90% de los casos. También, se han visto niveles más elevados de estrés percibido en pacientes con esofagitis por reflujo, sugiriendo que el estrés psicosocial tiene un posible rol en la manifestación de la sintomatología y la evolución de la enfermedad. De hecho, los episodios estresantes relacionados a condiciones de trabajo tienen una correlación directa con síntomas gastrointestinales reversibles; y a su vez, los niveles de estrés percibido son mayores a medida que incrementa la edad del paciente; también se evidenciaron cambios significativos en el hábito intestinal, consistencia de las heces e intensidad del dolor abdominal durante condiciones estresantes. (28)

Se sabe que el intestino y el cerebro se desarrollan en la misma parte del embrión humano y se mantienen ligados a través del locus ceruleus que es un núcleo de neuronas, que se encarga de gestionar emociones como el miedo o la ansiedad, por esto se puede decir que las emociones se asocian al funcionamiento intestinal, que los problemas gastrointestinales puede llevar a cuadros de ansiedad o depresión, o al contrario personas con trastornos de ansiedad y depresión pueden presentar problemas gastrointestinales. (29). La relación o eje intestino-cerebro es bidireccional, en el que un cerebro afectado influye en el intestino, y viceversa, un intestino

enfermo afecta las señales enviadas al cerebro. Por lo tanto, un intestino afectado puede ser la causa de trastornos de estrés, ansiedad y depresión. El sistema nervioso entérico, presente en toda la extensión de la pared intestinal, es el encargado de controlar los complejos aspectos de la digestión, en conjunto con el sistema nervioso central, con el cual está conectado por el sistema nervioso autonómico, y a través de neurotransmisores como la serotonina y la acetilcolina, se comunican mediante los nervios simpáticos y parasimpáticos. Como resultado, los factores emocionales y psicosociales afectan directamente la fisiología intestinal y los síntomas del paciente, por lo cual, pueden alterar la motilidad del tracto gastrointestinal, causar inflamación, incrementar la susceptibilidad a infecciones e incluso aumentar el dolor percibido. (12).

El síndrome del intestino irritable (SII) se ha asociado con una alta prevalencia de trastornos psicológicos. Sin embargo, aún no está claro si el SII y cada uno de sus subtipos (SII-D con diarrea predominante, SII-C con estreñimiento, SII-M mixto) están asociados con niveles más altos de ansiedad y síntomas depresivos (30)

En otro metaanálisis que evaluó el nivel y la prevalencia de depresión y ansiedad entre pacientes con diferentes subtipos de síndrome del intestino irritable arrojó unos resultados indicaron que el SII-M tenía más probabilidades de estar asociado con un nivel más alto de depresión y ansiedad, y la prevalencia de depresión y ansiedad en el SII-E fue la más alta. Los pacientes con SII-C, SII-D e SII-M en lugar de SII-U necesitan una evaluación psicológica y una psicoterapia adecuada (31)

Con respecto a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, en un estudio se concluyó que en pacientes con ERGE, los niveles elevados de ansiedad se asocian con una mayor severidad del dolor retroesternal y la acidez estomacal y una calidad de vida reducida. Los pacientes con

ERGE con hipersensibilidad al reflujo gastroesofágico tienen niveles similares de ansiedad y puntuaciones de calidad de vida similares a las de otros pacientes con ERGE (32)

Dicho esto, el presente estudio se hace abordando la frecuencia de trastornos psicoafectivos como la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con SII y ERGE, ya que son patologías que van de la mano y que una conlleva a la otra. Se asocian de igual manera unos factores genéticos, ambientales, y sociales que son muy influyentes, ya que pueden predisponer a las personas a presentar estos trastornos gastrointestinales funcionales y consigo sumergirlos en cuadros de depresión y ansiedad; o por otro lado pueden exacerbar esta patología afectando el estado emocional de las personas.

Finalmente, diversos estudios muestran que los pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales tienen una peor calidad de vida que la población general, independientemente de que se trate de pacientes que acudan a un centro hospitalario o sean atendidos en centros de atención primaria. Los pacientes con mayor intensidad de los síntomas, los que acuden al médico, o los que acuden a un centro hospitalario en lugar de ir a un centro de atención primaria tienen una peor calidad de vida relacionada con la salud. (33)

El área de estudio es consulta externa del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, el cual es un centro hospitalario público, situado en la ciudad de Neiva, que presta servicios de salud de alta complejidad. Ofrece el mejor servicio en salud del sur del país y es una entidad pública de categoría especial, descentralizada del Departamento del Huila. El Hospital ofrece diferentes especialidades en las cuales se encuentran gastroenterología y psiquiatría, contando con una unidad mental bien estructurada.

### 3.1.Pregunta Problema

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos diagnosticados con trastornos funcionales digestivos como síndrome de intestino irritable o enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva?

## 4. Objetivos

### 4.1. Objetivo General

Describir la frecuencia de estados afectivos como la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con trastornos funcionales digestivos como el SII y la ERGE, mediante la escala ZUNG para depresión y ansiedad en el HUHMP de Neiva 2023

### 4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes que asisten a la consulta de gastroenterología del HUHMP
- Establecer la proporción de depresión y ansiedad mediante la escala ZUNG en pacientes que asisten a consulta de gastroenterología en el HUHMP
- Analizar los factores de riesgo sociodemográficos de los pacientes con síndrome de intestino irritable y enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes que asisten a consulta de gastroenterología en el HUHMP.

## 5. Marco Teórico

### 5.1. Síndrome de intestino irritable (SII)

5.1.1. Definición: El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo crónico o recurrente, es altamente prevalente y un motivo de consulta muy frecuente. Se define clínicamente por la asociación de malestar o dolor abdominal al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses, asociado además a alteraciones en el hábito deposicional (en número o en consistencia), ya sea estreñimiento, diarrea o ambas sin causa orgánica conocida, durante el mismo periodo y el comienzo de los síntomas en un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico. En general, los síntomas del SII son fluctuantes en su intensidad.

Es una entidad conocida desde comienzos del siglo XIX y fue brevemente descrita 1812 por William Powell; (36) sin embargo, hasta antes de 1978 la mayoría de las publicaciones fueron descriptivas, retrospectivas y en gran parte anecdóticas (8)

5.1.2. Epidemiología: Los trastornos funcionales son responsables de aproximadamente un 40% de los pacientes nuevos de gastroenterología en consulta externa y constituyen una proporción importante en las consultas de cuidado primario.

El SII es muy frecuente en la población general y se estima que alrededor de un 3% de las consultas en atención primaria y de un 16% a un 25% de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección. (37). Constituye una de las primeras causas de consulta a medicina general y gastroenterología.



Su prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados (criterios de Manning, Roma I, Roma II y Roma III). (38). En los países industrializados, el SII tiene una prevalencia del 10 a 15%, siendo más frecuente en mujeres con una relación de 3:1 con respecto a los hombres. y además de la diferencia en la prevalencia, también existen diferencias en cuanto a la clínica, notándose un predominio sobre un tipo de presentación que es el estreñimiento, mientras que la presencia de diarrea se distribuye por igual entre ambos sexos; también síntomas como la emisión de moco rectal, la sensación de evacuación incompleta y la distensión abdominal, que son más frecuentes en mujeres. Es más frecuente en la población joven que en las personas adultas (60-90 años), y se han realizado diversos estudios para determinar si dentro de una determinada población existen diferencias en la tasa de prevalencia según la raza, y en general no se han encontrado. (33)

Basándose en estudios epidemiológicos llevados a cabo en distintos países, el porcentaje de personas que reúnen criterios de SII y que realmente llegan a consultar por su problema de salud oscila entre el 25-75%. También se ha demostrado mediante estudios la prevalencia de la población general de acuerdo a cada criterio diagnóstico, con criterios de Roma I mostró una prevalencia de 13,6%, con criterios Manning 10,3%, y con criterios Roma II 3,3%. (33)

La incidencia del SII se ha estimado a partir de estudios de prevalencia sobre la población general, en los que se vuelve a interrogar a los sujetos al cabo de un tiempo, estableciéndose así el porcentaje de pacientes que en el primer interrogatorio estaban asintomáticos, y que posteriormente desarrollaron síntomas. Se evidencio que en la población de los Estados Unidos a los 12-20 meses del primer control se obtuvieron tasas de incidencia del 6,7% anual. Otro estudio realizado en esta ocasión a los 5 años y sobre población danesa, ofrece una tasa de incidencia del 1,2% anual en varones y del 2,1% anual en mujeres. El SII es un problema con

altos costos de salud; sólo en Estados Unidos consume más de 20.000 millones de dólares en gastos directos e indirectos, se relaciona con una disminución importante en la calidad de vida y reduce la productividad laboral, se estima que es la segunda causa de ausentismo laboral después de la gripa (38)

5.1.3. Fisiopatología: Como en todas las entidades funcionales gastrointestinales, existe un amplio rango de síntomas cuyos mecanismos fisiopatológicos son pobremente entendidos. El SII es un trastorno multifactorial que, como en todas las entidades funcionales gastrointestinales, existe una variedad de síntomas cuyos mecanismos fisiopatológicos no son explicados ampliamente. Hasta el momento no existe una causa bien definida ni un agente etiológico único discernible. Es una alteración a la que puede aplicarse un enfoque biopsicosocial a causa de los múltiples factores que participan en su desarrollo. Puede ser causado por trastornos de la motilidad; hipersensibilidad visceral y el concepto del eje cerebro-intestino; inflamación de la pared intestinal, y factores psicológicos.

La hipersensibilidad visceral podría residir en cambios periféricos (intestinales) o centrales (neuronales en la médula espinal o superiores en el sistema nervioso central). Un mecanismo que contribuye a la hipersensibilidad en la fase cerebral de la percepción visceral es la hipervigilancia (aumento de la intensidad del dolor si existe el anuncio de una posible distensión dolorosa), que además es un fenómeno más importante en las mujeres con SII.

En esta patología, se consideran que la anormalidad principal está en el cerebro, es decir, en la interpretación de síntomas que provienen del intestino; sin embargo, estos pacientes son heterogéneos y existe una proporción de los mismos, en los cuales la principal anormalidad está realmente en el intestino, como ocurre en los pacientes con SII postinfeccioso, la presencia de

sobrecrecimiento bacteriano es una de las hipótesis patogénicas del SII, que se ha verificado en algunos pacientes, mediante el test del aliento. A través de aspiración intestinal también se ha comprobado que en algunos pacientes con SII existe un aumento de bacterias. Las infecciones explican del 6-17% de todos los casos de SII, sin embargo, del 7 al 33% de los pacientes con gastroenteritis infecciosas desarrollan SII en el futuro. Cuando se produce infección bacteriana gastrointestinal, existe un riesgo de 11 veces de desencadenar SII, comparado con los que la han padecido. En los pacientes con la infección, se ha demostrado inflamación colónica persistente, así como activación del sistema inmune y también mayor número de células enterocromafines que contienen serotonina, la cual puede contribuir a la diarrea y dolor abdominal. El 95% de la serotonina (5HT) del cuerpo humano está en el tracto gastrointestinal, principalmente en las células enterocromafines (90%) y en menor proporción (10%) en las neuronas entéricas (40). Hay por lo menos 14 clases de receptores de 5HT con diversas funciones tanto en el sistema nervioso central y el periférico. En el SII los principales receptores son el 5HT3 y el 5HT4. (7)

De igual forma los síntomas depresivos o ansiosos como el estrés psicosocial están relacionados con la enfermedad; y otros agentes que podrían constituirse en factor de riesgo lo conforman los aspectos sociodemográficos, como la edad, sexo, ocupación, los socioculturales, como los hábitos de consumo de alcohol, café y tabaco, y aspectos relacionados con la dinámica y funcionalidad familiar. (14)

5.1.4. Cuadro Clínico: Las manifestaciones clínicas digestivas del SII son principalmente dolor o malestar abdominal, diarrea, estreñimiento, distensión abdominal y síntomas extradigestivos.

Dolor o malestar abdominal: es un síntoma exigido como criterio diagnóstico sin el cual no podemos hablar de SII. Suele ser cólico, de localización variable, e intensidad variable y modificable al momento de defecar o expulsar gases.

Diarrea: suele ser diurna, postprandial, precedida por el dolor tipo cólico, no está asociada a fiebre ni rectorragia, aunque puede haber mucorrea.

Estreñimiento: heces duras que se pueden acompañar de mucosidad sin sangre, también suele acompañarse de distensión abdominal. Y es más frecuente en la mujer que en el hombre

Distensión abdominal: puede ser muy llamativa en algunos enfermos. Y comúnmente acompañada de síntomas digestivos variados, como la pirosis (46,5%), o bien otros trastornos funcionales como la dispepsia funcional (47,6%).

Manifestaciones clínicas extradigestivas: fibromialgia, presente en alrededor del 32,5% de los pacientes con SII, el síndrome de fatiga crónica en un 51%, el dolor abdominal pélvico crónico, observado en el 49,9% de las mujeres que padecen de SII, o la disfunción de la articulación témporo-mandibular. (33)

#### 5.1.5. Síntomas y Signos de Alarma: Inicio de los síntomas en paciente de más de 50 años

- Alteraciones en la exploración física
- Presencia de síntomas nocturnos
- Fiebre
- Anemia
- Pérdida de peso no intencionada
- Presencia de sangre en heces

- Historia familiar de cáncer colorrectal
- Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal
- Historia familiar de enfermedad celíaca (33)

5.1.6. Criterios Diagnósticos: El primer intento de definir los síntomas capaces de establecer un diagnóstico del SII fue el realizado en 1978 por Manning y colaboradores, en el que se establecieron seis síntomas como criterios diagnósticos del SII. En estudios posteriores se observó que, de estos seis criterios, los tres primeros tienen un mayor valor predictivo diagnóstico mientras que los tres últimos son de menor utilidad. Por lo que, en 1989 mediante un proceso de consenso entre expertos reunidos en la ciudad de Roma, se establecieron unos criterios diagnósticos más precisos, llamados criterios de Roma, posteriormente modificados en 1992, para incluir una acotación temporal. En 1999, nuevamente modificados por consenso, y en la misma ciudad se concretaron los criterios diagnósticos actualmente vigentes, los criterios de Roma II, y en el 2006 se publicó la versión actual de la clasificación de Roma III; que permiten caracterizar, clasificar y categorizar los trastornos funcionales gastrointestinales, utilizando un sistema de jerarquización basado en síntomas. Además, permiten proveer educación, legitimación y validación de condiciones clínicas que carecen de marcadores de laboratorio. En el caso del SII, permite, además, caracterizar distintos subtipos a fin de ofrecer distintas opciones terapéuticas adaptadas a cada caso. La sensibilidad y especificidad para los criterios diagnósticos de Roma III son de 71% y 88%, respectivamente para la versión inglesa y de 78% y 84% para la versión hispana. (39)

Además del diagnóstico del SII, en los criterios de Roma II también se definen los subtipos de SII mediante los siguientes síntomas:

- Menos de 3 deposiciones por semana
- Más de 3 deposiciones por día
- Deposiciones duras o en bolas
- Deposiciones blandas o líquidas
- Esfuerzo excesivo durante la defecación
- Urgencia defecatorio
- Sensación de evacuación incompleta
- Presencia de moco durante las deposiciones
- Sensación de hinchazón o distensión abdominal

Se considera como subtipo con predominio de diarrea cuando:

- Existen uno o más de los síntomas enumerados como 2, 4 o 6 y ninguno de 1, 3 o 5.
- Están presentes dos o más de los síntomas enumerados como 2, 4 o 6 y uno de 1 o 5.

Se considera como subtipo con predominio de estreñimiento cuando:

- Existen uno o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y ninguno de 2, 4 o 6.

- Están presentes dos o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y uno de 2, 4 o 6.

Tabla 1.

criterios diagnósticos del SII

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SII			
CRITERIOS DE MANNING	ROMA I	ROMA II	ROMA III
<p>Dolor abdominal que mejora con la deposición</p> <p>Deposiciones blandas en relación con el dolor</p> <p>Mayor número de deposiciones en relación con el dolor</p> <p>Distensión abdominal</p> <p>Presencia de moco en las deposiciones</p> <p>Sensación de evacuación incompleta</p>	<p>Al menos 12 semanas de forma continua o recurrente de:</p> <p>Dolor abdominal, que se alivia con la defecación, o que se asocia a un cambio en la frecuencia o en la consistencia de las heces; y/o</p> <p>Dos o más de los siguientes síntomas al menos una cuarta parte de las ocasiones:</p> <p>Alteración de la frecuencia deposicional</p> <p>Alteración de la consistencia de las heces (duras o líquidas)</p> <p>Alteraciones de la evacuación (esfuerzo o urgencia, evacuación incompleta)</p> <p>Moco en la deposición</p> <p>Hinchazón o distensión abdominal</p>	<p>Dolor o malestar abdominal, al menos 12 semanas en el último año, no necesariamente consecutivas, asociado al menos a dos de las siguientes características:</p> <p>Se alivia con la defecación</p> <p>Se asocia a cambio en el ritmo deposicional</p> <p>Se asocia a cambio en la consistencia de las heces</p> <p>Apoyan el diagnóstico, pero no son imprescindibles:</p> <p>Alteración de la frecuencia deposicional</p> <p>Alteración en la consistencia de las deposiciones</p> <p>Alteraciones de la evacuación (esfuerzo, urgencia, incompleta)</p> <p>Moco en la deposición</p> <p>Hinchazón o distensión abdominal</p>	<p>Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días al mes en los últimos 3 meses, asociado a 2 o más de los siguientes:</p> <p>Mejora con la defecación</p> <p>Inicio de síntomas asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones</p> <p>Inicio de síntomas que se relaciona con un cambio en la consistencia de las deposiciones</p> <p>Estos criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico</p>

Fuente: *The new Rome criteria (IV) of Functional Digestive Disorders in clinical practice*, Dr. Juan J.

Sebastián Domingo, *Consulta de Trastornos Funcionales Digestivos*, Hospital Royo Villanova, Zaragoza

Tabla 2.

clasificación del SII de acuerdo al patrón predominante de evacuaciones

CLASIFICACIÓN DEL SII DE ACUERDO AL PATRÓN PREDOMINANTE DE EVACUACIONES
SII con estreñimiento (SII-C): heces duras >25% de las veces y acuosas en menos del 25% de las evacuaciones
SII con diarrea (SII-D): heces sueltas o acuosas >25% y duras en menos del 25% de las evacuaciones
SII mixto (SII-M): heces duras >25% y acuosas >25% de las evacuaciones
SII sin subtipo de anormalidad insuficiente en la consistencia de las evacuaciones para completar los criterios del SII C, D o M.

*Fuente: Clasificación de Roma III para Síndrome de Intestino Irritable, Freddy Squella B, Gastroenterol.*

*latinoam 2012; Vol 23, N° 4: 227-228.*

Con base en los síntomas predominantes, los pacientes se clasifican en 4 subgrupos:

- Constipación predominante.
- Diarrea predominante.
- Dolor/gas/distensión predominante.
- Diarrea alternando con constipación.

5.1.7. Tratamiento: El tratamiento de un paciente con SII puede variar dependiendo de diversos factores como: la frecuencia e intensidad de los síntomas, la preocupación del enfermo, la repercusión sobre la calidad de vida, el tipo de síntoma predominante y la posible existencia de trastornos psicológicos concomitantes. La relación médico-paciente es muy importante, se deben evitar prejuicios respecto al paciente, una evaluación clínica práctica y efectiva en relación con el costo, preocupación por los síntomas, educación e involucrar al sujeto en las decisiones a tomar. Todas estas variables influyen en las decisiones terapéuticas, algunos pacientes pueden beneficiarse de medidas terapéuticas sencillas, como consejos dietéticos o cambios en el estilo de



vida, y otros pacientes requerirán tratamiento farmacológico para atenuar la intensidad de los síntomas en períodos de exacerbación. (36)

Tabla 3.

Tratamiento de SII

TRATAMIENTO DE SII
DOLOR PREDOMINANTE
Antiespasmódicos (relajantes de músculo liso) Antidepresivos tricíclicos Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina
DIARREA PREDOMINANTE
Agonistas opioides (Loperamida, difenoxilato) Colestiramina Alosetrón (cuando se reintroduzca al mercado)
ESTREÑIMIENTO PREDOMINANTE
Fibra Laxantes Tegaserod Colchicina

Fuente: *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, Asociación Colombiana de Gastroenterología, Luis Carlos Sabbagh, MD, FASGE William Otero Regino., MD, FAGA, Producción editorial: Grupo Distribuna Bogotá, Colombia 2016-2017.*

**Dieta:** Se recomienda obtener una historia cuidadosa de los alimentos para identificar cuáles pueden contribuir a la presentación del cuadro clínico, así como revisar el contenido de fibra en la dieta y disminuirla o aumentarla según la sintomatología y la cantidad ingerida. Algunos pacientes pueden presentar intolerancia a algunos alimentos con alto contenido graso, picantes o lácteos. Se ha evidenciado que tomar medidas preventivas en cuanto a la dieta confiere un beneficio hasta al 50% de los pacientes.

**Fibra:** es posible que la fibra empeore la sintomatología hasta en la mitad de los casos por lo que hay que formularla con precaución. La fibra soluble como el psyllium plantago es la más

recomendada, debe iniciarse con dosis bajas e incrementarse de manera paulatina con el propósito de aumentar la tolerancia y disminuir síntomas.

Antidepresivos: actúan como analgésicos viscerales modulando el dolor, los más usados son los antidepresivos tricíclicos, deben iniciarse a dosis bajas (efecto analgésico) y administrarse por la noche con el propósito de disminuir los efectos adversos como sedación, estreñimiento, boca seca y visión borrosa. Los inhibidores de la recaptura de serotonina (IRS) son eficaces en el tratamiento de la depresión, ansiedad, fobias y conductas compulsivas, deben administrarse en la mañana ya que pueden producir insomnio, agitación y disfunción sexual por su efecto serotoninérgico; y son eficaces en el mejoramiento de la calidad de vida y los síntomas globales del SII.

Probióticos: actúan en el SII mediante modificación del balance de citocinas inflamatorias y antiinflamatorias, modulación de la liberación de sales biliares en el colon, cambio en la microflora residente y alteración de la motilidad.

Psicoterapia: eficaz para aliviar síntomas como la depresión y ansiedad en los pacientes con SII. Las intervenciones "mente-cuerpo" se dividen en: 1) terapias de relajación, 2) terapia cognitivo conductual, 3) terapia psicodinámica y 4) hipnoterapia. (36)

## 5.2. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

5.2.1. Definición: La ERGE ha sido definida de distintas formas a través del tiempo. En los últimos años se han llevado a cabo distintos consensos basados en evidencias para dar una definición operativa y normas de manejo consensuadas. El primero fue el de GENVAL 99 y el último fue el "multicontinental" de Montreal en el 2006. En éste se definió a la ERGE como

aquel contenido gástrico que refluye al esófago y que genera síntomas molestos y/o complicaciones esofágicas o extraesofágicas. (40). Recientemente se han establecido las guías de ERGE, las cuales tuvieron en cuenta la información previa y utilizaron el sistema GRADE para establecer los niveles de evidencia. (41). En estas guías ERGE se define por consenso como los síntomas o las complicaciones resultantes del reflujo del contenido gástrico hacia el esófago, la cavidad oral (incluida la laringe) o los pulmones. Asimismo, se subdivide en dos formas: la no erosiva (ERNE) (presencia de síntomas, pero sin erosiones en el examen endoscópico) y la erosiva (ERE) (presencia de síntomas y erosiones en el examen endoscópico). Esto tiene como finalidad establecer diferentes fenotipos que conllevan distintas normas de manejo. se debe al ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, el cual causa síntomas y/o lesiones esofágicas que llegan a afectar la salud y calidad de vida de los individuos que la presentan. (42)

5.2.2. Epidemiología: La ERGE es una enfermedad frecuente y su prevalencia varía en las diferentes partes del mundo. Se estima que 7,7% de la población general refiere síntomas de reflujo gastroesofágico, según el estudio internacional Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). (43). Se han reportado valores de prevalencia de ERGE, definida como pirosis y/o regurgitación semanal entre el 10 y el 20% en países occidentales, y 5% en Asia. En diferentes países occidentales se han reportado cifras similares, observando variaciones al estimar prevalencia anual, mensual y semanal (del 9,8 al 31,6%); lo mismo se ha comunicado en países orientales (del 2,5 al 29,8%). En una encuesta poblacional realizada en China, la prevalencia de ERGE, utilizando la definición de Montreal basada en síntomas, fue del 3,1%.

En los países de América Latina, los datos de prevalencia son escasos y las cifras reportadas son muy variables. En Argentina, se comunicaron cifras del 11,9% de ERGE, definida como pirosis y/o regurgitación grave o moderada al menos dos veces por semana. (44). En Chile, se reporta la presencia de pirosis en el 46,4% en una población adulta en Temuco, sin considerar la frecuencia con la que se presentaban los síntomas acerca de los que se interrogaba. México informa que el 35% de los encuestados (voluntarios universitarios sanos) presentaron pirosis durante al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en el último año. Uruguay carece de datos epidemiológicos de esta enfermedad. Para medir la prevalencia se debe contar con una herramienta diagnóstica (cuestionario) que detecte individuos con ciertos síntomas que definan la presencia de ERGE. Por lo tanto, la evaluación de los síntomas mediante un cuestionario estructurado es una herramienta importante para el diagnóstico de la ERGE. (45)

5.2.3. Etiología: *Helicobacter pylori*: existen estudios que señalan que la presencia de este agente se relaciona con una disminución en la frecuencia de esofagitis; se considera que los mecanismos por los que esto se presenta pueden ser: Primero: una disminución del pH ácido del estómago debido a que la *H. pylori* produce amonio, que lo neutraliza y a su vez, disminuye el potencial corrosivo del contenido gástrico; Segundo, la infección aumenta la gastrina sérica, que también incrementa la presión del esfínter esofágico inferior, que va a prevenir el reflujo patológico; Por último, se considera la posibilidad de que la mucosa esofágica presente una adaptación que busque generar una protección ante el contacto con amonio.

Aumento del perímetro abdominal: la adiposidad central tiene una gran asociación con el desarrollo de inflamación esofágica, metaplasia y neoplasia, independientemente del índice de masa corporal. También, se ha encontrado una mayor relación del desarrollo de esófago de

Barret, causado por la ERGE, lo que explica la alta incidencia de adenocarcinoma de esófago en esta población.

Obesidad: otro estudio estableció que en aquellos pacientes con un índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m<sup>2</sup> presentaban altas tasas de recurrencia de ERGE, en comparación con aquellos que no eran obesos.

- Acción de las hormonas sexuales durante el embarazo.
- Empleo de betabloqueantes, nitratos, calcioantagonistas, teofilina
- Utilización previa de sonda nasogástrica. (12)

5.2.4. Fisiopatología: Las teorías sobre la patogenia de la ERGE han evolucionado históricamente desde aquellas que lo relacionaban con factores puramente anatómicos, como la hernia de hiato, hasta las teorías más recientes que señalan la disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI) como la causa fundamental del reflujo patológico. Actualmente el conocimiento más exhaustivo de la fisiopatología de la ERGE, derivado de la introducción de los estudios funcionales (manometría esofágica y pH-metría), permite afirmar que su patogenia es multifactorial, aceptándose que la ERGE fuera el resultado del desequilibrio entre factores defensivos y factores agresivos al nivel de la mucosa esofágica. (46)

El principal mecanismo fisiopatológico en la ERGE son las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RTEEI), definidas como la relajación del EEI de > 1mmHg/s con duración de menos de 10 s y un nadir de presión de < 2mmHg en ausencia de una deglución 4 s antes y 2 s después del inicio de la relajación del EEI. Otros mecanismos que participan en la ERGE son los trastornos en el aclaramiento esofágico, sea mecánico (peristalsis o la gravedad de

la Tierra) o químico (saliva), alteraciones en la barrera antirreflujo (hernia hiatal, presión disminuida del EEI), un vaciamiento gástrico retrasado e incluso el reflujo duodeno-gástrico. En cuanto a la fisiopatología de las manifestaciones extraesofágicas, se basa en el daño directo del ácido sobre la mucosa faríngea y posibles episodios de microbroncoaspiración, así como en la distensión del esófago con un reflejo vago-vagal que genera broncoespasmo y sintomatología asociada. (47)

5.2.5. Diagnóstico: Síntomas: Los síntomas típicos de la ERGE son pirosis y regurgitaciones. La presencia de síntomas típicos 2 o más veces por semana en un paciente joven (menos de 50 años), sin datos de alarma, establecen el diagnóstico presuntivo de ERGE. En estos pacientes se recomienda una prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Prueba terapéutica: La prueba terapéutica con IBP puede usarse para el diagnóstico de ERGE en pacientes con síntomas típicos sin datos de alarma. No hay consenso acerca del tipo de IBP, dosis, duración y evaluación de resultados. En general, se recomienda usar dosis doble de IBP por un mínimo de 2 semanas y se considera positiva cuando la mejoría de los síntomas es superior al 50%. Aunque esta prueba es fácil de hacer y ampliamente disponible, su sensibilidad y especificidad son bajas.

Endoscopia convencional y biopsias: La endoscopia no debe usarse de forma rutinaria como prueba de escrutinio para ERGE por su pobre sensibilidad diagnóstica. La endoscopia es útil para la detección de las complicaciones de la ERGE como esofagitis, estenosis, EB y adenocarcinoma. Por lo tanto, está indicada en los casos de ERGE de más de 5 años de evolución o ERGE refractaria, en pacientes con signos de alarma como disfagia, hemorragia digestiva,

dolor torácico y pérdida de peso no buscada, así como en aquellos pacientes con factores de riesgo para EB y en los casos con sospecha de esofagitis eosinofílica.

La toma de biopsias durante una endoscopia está indicada en los casos con lesiones indicativas de EB y sospecha de esofagitis eosinofílica. No deben tomarse biopsias para confirmar el diagnóstico de ERGE.

Esofagograma: El esofagograma no es útil para el diagnóstico de ERGE. Está indicado en la evaluación de estenosis esofágicas, hernias hiatales grandes y sospecha de esófago corto en pacientes candidatos a cirugía antirreflujo.

Monitorización del pH esofágico (pH-metría): La medición ambulatoria del pH esofágico de 24 horas a 48 horas (pH-metría) está indicada en los pacientes con síntomas típicos o extraesofágicos de ERGE, con endoscopia negativa que no responden al tratamiento con IBP y para confirmar la presencia de reflujo patológico en pacientes candidatos a cirugía antirreflujo sin evidencia de lesiones de la mucosa esofágica en la endoscopia. Se debe tener cuidado de suspender los medicamentos bloqueadores de ácido al menos 7 días antes del estudio. La medición del pH intragástrico, en el esófago proximal o en la hipofaringe no se recomienda de manera rutinaria en la evaluación de los pacientes con ERGE.

Manometría esofágica: no es útil para el diagnóstico de ERGE. Debe realizarse rutinariamente en la evaluación preoperatoria de los pacientes candidatos a cirugía antirreflujo con el objetivo de descartar alteraciones graves de la motilidad esofágica (acalasia, esclerodermia). Está indicada para la localización del EEI y colocación apropiada de los electrodos de pH. (47)

5.2.5.1. *Tratamiento:* Las modificaciones en el estilo de vida y las recomendaciones dietéticas deben de individualizarse para cada paciente, La evidencia demuestra que es recomendable:

- Bajar de peso en sujetos con sobrepeso y obesidad.
- Dejar de fumar.
- Disminuir el consumo de alcohol.
- Elevar la cabecera de la cama.
- Dormir en decúbito lateral izquierdo.
- Evitar la ingesta de alimentos de forma abundante al menos 2 h antes de acostarse en la noche, en especial si el sujeto presenta síntomas nocturnos.

No hay evidencia para recomendar de forma generalizada la eliminación de alimentos que aparentemente pueden desencadenar síntomas de reflujo, como, por ejemplo: comida condimentada, frutas cítricas, alimentos con alto contenido en grasas, productos con cafeína y las bebidas carbonatadas. Si el paciente identifica que alguno de estos alimentos está asociado a sus síntomas, se pueden beneficiar al evitar su consumo

*Tratamiento farmacológico:* Los medicamentos utilizados en el manejo de la ERGE son: los antiácidos, alginatos, antagonistas de los receptores de histamina H2 (ARH2), procinéticos, IBP e inhibidores de las RTEII.

*Inhibidores de la bomba de protones:* los IBP son los medicamentos de primera elección para el tratamiento de la ERGE en todas sus formas clínicas, ya que proporcionan un mayor alivio sintomático y más rápido, así como mayores porcentajes de cicatrización cuando son comparados con el placebo, los antiácidos y los ARH2. En la actualidad, existen varios IBP



(tabla 28) y todos ellos prescritos en forma adecuada son eficaces. Aunque los estudios muestran tasas variables en el control del pH intragástrico y en la respuesta sintomática, los metaanálisis han demostrado que la efectividad es similar entre los diferentes IBP. Es importante instruir a los pacientes que los IBP «convencionales» deben ser ingeridos al menos 30 min antes del desayuno, ya que es el momento del día en donde se encuentra la mayor cantidad de bombas activas en las células parietales. Recientemente se encuentra disponible un IBP con mecanismo de liberación dual retardada, el dexlansoprazol, el cual ha demostrado en estudios de farmacocinética que mantiene niveles terapéuticos adecuados independientemente de la ingesta de alimentos, lo que facilita la adherencia al tratamiento. (47)

Tabla 4.

regímenes y tipos de dosis de los inhibidores de la bomba de protones

Inhibidor de la bomba	Dosis estándar	Doble dosis	Dosis dividida
<i>Convencionales</i>			
Omeprazol	20mg 30 min antes del desayuno	20mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	10mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Lansoprazol	15mg 30 min antes del desayuno	15mg 30 min antes del desayuno y la cena	-
Rabeprazol	20mg 30 min antes del desayuno	20mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	10mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Pantoprazol	40mg 30 min antes del desayuno	40mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	20mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Esomeprazol	40mg 30 min antes del desayuno	40mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	20mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
<i>Liberación dual retardada</i>			
Dexlansoprazol	30mg por la mañana, independiente de la ingesta de alimentos	60mg por la mañana, independiente de la ingesta de alimentos	-
<i>Liberación inmediata</i>			
Omeprazol + HCO <sub>3</sub>	20 mg + 1,100mg 30 min antes del desayuno	40 mg + 1,100mg 30 min antes del desayuno	-

Fuente: Huerta-Iga F, Bielsa-Fernández M v., Remes-Troche JM, Valdovinos-Díaz MA, Tamayo-de la Cuesta JL. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Rev Gastroenterol Mex. 2016 Oct; <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-diagnostico-tratamiento-enfermedad-por-reflujo-articulo-S0375090616300350>

Los antiácidos y los alginatos se recomiendan para el alivio sintomático y no contribuyen a la cicatrización de las erosiones ni evitan el desarrollo de complicaciones. No hay evidencia que apoye su uso crónico.

Antagonistas de los receptores de histamina H<sub>2</sub>: No deben ser utilizados como tratamiento de primera línea y son auxiliares en el manejo con IBP. Pueden ser utilizados en casos de ERGE con síntomas típicos y esporádicos. También se pueden usar como tratamiento en casos de ERNE si produce alivio sintomático y en casos de ERGE nocturno (junto con IBP por la mañana) pero se recomienda por períodos cortos, ya que después de 7 días se produce taquifilaxia al medicamento. También se encuentran indicados en la ERGE en el contexto de efectos secundarios o hipersensibilidad a los IBP.

Procinéticos: Estos medicamentos no deben ser utilizados como tratamiento único en el manejo de la ERGE. Cuando existan síntomas que indiquen alteraciones en el vaciamiento gástrico (p. ej., sobreposición con dispepsia), los procinéticos se pueden emplear en combinación con IBP. Es importante considerar que los procinéticos pueden tener efectos secundarios relevantes que deben vigilarse, como hiperprolactinemia, disquinesia tardía, diarrea y cefalea.  
(47)

### 5.3. Depresión

La depresión es un trastorno mental con tendencia episódica y recurrente, que se caracteriza por una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia). Además, acompañados, en mayor o menor medida, por síntomas cognoscitivos, somáticos y psicomotores.

Esto afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día, afecta todas las esferas del funcionamiento del individuo, la forma como se relaciona con otros y su percepción del medio ambiente, y estos síntomas difieren dependiendo de la intensidad y duración. (48)

Probablemente, uno de los trastornos mentales más frecuentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es uno de los trastornos que más discapacidad provoca en el mundo. Tiene un curso recurrente en el 50% de los pacientes a lo largo de los 10 primeros años, y toma un curso crónico en el 30% de los casos. (49). Se estima que más del 75% de personas con trastornos neurológicos y mentales que viven en países en vías de desarrollo no reciben ningún tipo de tratamiento, y por tanto, considera fundamental capacitar el sistema de atención primaria en salud para diagnosticar dichos trastornos. (50). El riesgo y la complicación más temida de la depresión mayor es la muerte por suicidio. Además de su carga, la depresión es un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas, o bien empeora los síntomas de otras enfermedades. En el estudio de carga global de la enfermedad de 2004 la depresión fue la tercera causa de morbilidad en el mundo y la principal causa de discapacidad en los países con altos ingresos.

En los estudios internacionales, la prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en población adulta (siendo del 10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres). Aumenta en el grupo de pacientes con alguna patología física y en personas mayores alcanza un 15%. Asimismo, el 15% de la población padece depresión en algún momento de su vida. La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años, y el suicidio se presenta en un 3-4% de las depresiones mayores. (48)

En Colombia, la prevalencia de la depresión es de un 4,7%. Evidenciándose una mayor proporción de mujeres con depresión. La relación hombre/mujer es de 1:2-3 entre los 12 y 55

años, igualándose fuera de este intervalo de edad. Y existe una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años. (51)

La depresión puede ser causada por una combinación de factores psicológicos, genéticos y bioquímicos. Aunque también se han relacionado con trastornos de la personalidad. Se han descrito diversas circunstancias que pueden activar los sentimientos característicos de la depresión y actuar como desencadenantes. Algunos estudios indican que cuando las personas se sienten deprimidas se refleja en algunos cambios en zonas del cerebro. Además, las sustancias químicas que utilizan las células del cerebro para comunicarse, los neurotransmisores, parecen no estar en equilibrio. (50)

Otros factores asociados como los acontecimientos vitales, que son eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta, generando en la mayoría de los casos estrés, llevando consigo cambios en el estado de ánimo y depresión. Factores sociales como condiciones difíciles de trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, violencia, etc. Factores endocrinos como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento, hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo. Intoxicaciones, enfermedades infecciosas, hematológicas, digestivas, neurológicas y algunos fármacos. (8)

El cuadro clínico varía según la edad, existen diferencias respecto a los síntomas predominantes, por ejemplo, en los niños son más frecuentes las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, mientras que en el adolescente se asocia a trastornos disociales, trastornos

de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. En el anciano suelen ser frecuentes las quejas somáticas y síntomas cognoscitivos (sensación de pérdida de memoria, falta de atención). (8)

La sintomatología inicial del primer episodio es: falta de iniciativa, fatiga, insomnio, empeoramiento del rendimiento laboral, aumento de la indecisión, dificultades en la concentración, irritabilidad y ansiedad generalizada. Algunos autores también señalan la presencia de tensión y vagos sentimientos de ansiedad como pródromos más frecuentes en las depresiones psicóticas. La instauración del episodio propiamente dicho puede realizarse de forma brusca (incluso menos de un mes), gradual (asociado frecuentemente a acontecimientos vitales) o fluctuante y en escasas ocasiones precedido de un trastorno de ansiedad. (8)

El DSM-5 describe el trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia) y trastorno depresivo debido a otra afección médica, con los siguientes criterios:

5.3.1. Trastorno de Depresión Mayor: Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

5.3.2. Trastorno Depresivo Persistente (distimia): Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

- Poco apetito o sobrealimentación.
- Insomnio o hipersomnia.
- Poca energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.
- Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.



- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

5.3.3. Trastorno Depresivo Debido a Otra Afección Médica; Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (52)

#### 5.4. Ansiedad

Se define el estado de ansiedad como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo”. Es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas,

fisiológicas y conductuales. En cuanto a la etiopatogenia es multifactorial, incluyendo factores biológicos (factores genéticos), psicodinámicos, sociales (interpersonales, laborales, socioeconómicos, culturales), traumáticos (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) y de aprendizaje. (53).

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes y se estima que uno de cada diez pacientes lo presentan, se caracteriza porque compromete la eficacia y conduce a las enfermedades, puede influir en el resultado final de prácticamente todas las enfermedades médicas. Por ello es importante que todos los profesionales de la salud se familiaricen con el diagnóstico y tratamiento de esta. Tiene una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. En los últimos años se ha observado un incremento de los casos, siendo más prevalente en mujeres que en hombres, y en el adulto mayor tiene una prevalencia de 5-10%. En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18 - 65 años reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. La fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. Por otra parte, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático. (54)

Se puede acompañar de cambios fisiológicos que preparan al individuo para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumado al aumento de la actividad simpática (temblor, poliuria, diarrea). También pueden presentar otros síntomas como: sensación de ahogo o falta de aliento, sensación

de atragantarse, opresión o malestar torácico, inestabilidad, mareo o desmayo, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, etc.

Podemos clasificarla como una ansiedad fisiológica que es el mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria, es mucho más leve, mejora nuestro rendimiento, tiene un menor componente somático y no genera demanda de atención psiquiátrica; y por otro lado la ansiedad se puede convertir en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada, la ansiedad patológica que puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria, es más grave, empeora el rendimiento, tiene un mayor componente somático y genera gran demanda de atención psiquiátrica. Y tenemos que implicar al menos 3 sistemas de respuesta:

- Subjetivo-cognitivo: experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos
- Fisiológico-somático: activación del sistema nervioso autónomo
- Motor-conductual: escape y evitación. (55)
- El DSM-5 define al trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica con los siguientes criterios:

5.4.1. Trastorno de Ansiedad Generalizado: Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.

Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- Fácilmente fatigado.
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

5.4.2. Trastornos de Ansiedad Debido a Otra Afección Médica: Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (56)

#### 5.5. Escala Zung para Depresión y Ansiedad

La escala de ZUNG la cual se va a aplicar fue diseñada en 1965 para diagnosticar depresión en pacientes psiquiátricos hospitalizados(57). Posteriormente se utilizó como instrumento de identificación de posibles casos de depresión en personas hospitalizadas por enfermedades médicas y en la población general. (58)

Aunque algunos de los criterios para definir trastornos mentales han cambiado, la escala ZUNG se sigue utilizando como instrumento de tamización o diagnóstico en diferentes poblaciones. (59)

En Colombia esta escala fue validada en el 2004 mediante un estudio realizado en el 2003 en las ciudades de Bucaramanga y Bogotá, obteniendo una sensibilidad del 96% y una especificidad del 71% (60)

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

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

No depresión < 28 puntos

Depresión leve 28-41 puntos

Depresión moderada 42-53 puntos

Depresión grave > 53 puntos

No ansiedad <18 puntos

Ansiedad leve 19 - 27 puntos

Ansiedad moderada 28 - 35 puntos

Ansiedad grave > 36 punto

## 6. Hipótesis

Los trastornos psicoafectivos como la depresión y ansiedad se presentan con frecuencia en los pacientes diagnosticados con trastornos funcionales digestivos como el síndrome de intestino irritable y la enfermedad por reflujo gastroesofágico

## 7. Diseño metodológico

### 7.1. Tipo de Estudio

Fue un estudio observacional, descriptivo de tipo prospectivo, ya que los datos de la muestra se recolectaron fue mediante la aplicación de la escala ZUNG para depresión y ansiedad, a los pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable y enfermedad por reflujo gastroesofágico, que asistieron a la consulta de gastroenterología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Además, es un estudio transversal, debido a que tuvo como propósito estudiar el fenómeno siguiendo a la muestra en continuidad con el tiempo, sino que, por el contrario, se busco establecer con una sola medición, en un momento y lugar determinado, la presencia de trastornos psicoafectivos como ansiedad y depresión.

### 7.2. Lugar donde se Realiza la Investigación

Se realizo en las instalaciones de consulta externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, aplicando una encuesta a los pacientes que asistían a la consulta de gastroenterología durante el mes de febrero del 2023



### 7.3. Población y Muestra

Población: pacientes adultos que se encuentren entre los 18 y 80 años, diagnosticados con síndrome de intestino irritable o enfermedad por reflujo gastroesofágico que asisten a la consulta de gastroenterología en el HUHMP.

Muestra: pacientes adultos que se encuentran entre los 18 y 80 años, diagnosticados con síndrome de intestino irritable o enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el mes de febrero del 2023.

7.3.1. Criterios de Inclusión: Personas diagnosticadas con síndrome de intestino irritable (SII) o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Pacientes con un rango de edad de 18 a 80 años

Todos los pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado

7.3.2. Criterios de Exclusión: Pacientes que no tengan diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII) o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Pacientes menores de 18 años y mayores de 80 años

### 7.4. Técnicas y Procedimientos para la Recolección

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta a las personas que asistían a la consulta de gastroenterología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, que cumplían con los criterios de inclusión establecidos en el periodo

estipulado, esta recolección la realizaron los coinvestigadores por medio del cuestionario diseñado, en visitas durante el mes de febrero del 2023 los martes de 2:00 pm a 6:00 pm.

#### 7.5. Instrumentos para la Recolección de los Datos

El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos fue diseñado por el equipo de investigación, en el cual se indagan variables como la edad, el sexo, la presencia de diagnóstico de síndrome de intestino irritable, la presencia de diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, la presencia de síntomas de SII como dolor abdominal, cambio en las deposiciones, distensión abdominal, presencia de gases y sensación de llenura, y de igual forma, la presencia de síntomas de la ERGE como, pirosis, disfagia, regurgitación de alimentos sólidos o líquidos, dolor en el pecho, náuseas y tos crónica o ronquera. Y posteriormente se indagó sobre síntomas de depresión y ansiedad mediante la aplicación de la escala ZUNG para depresión y ansiedad. VER ANEXO A.

#### 7.6. Prueba Piloto

Se realizaron encuestas aleatoriamente a 5 pacientes que asistieron a la consulta de gastroenterología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, teniendo en cuenta los datos obtenidos se revisaron las variables planteadas en el cuestionario, con el fin de verificar que los objetivos planteados se cumplieran. No se omitió ninguna variable ni se hicieron modificaciones al cuestionario.

### 7.7. Plan de Procesamiento de datos

No se utilizó ningún código, se utilizaron tablas de frecuencia y graficas

### 7.8. Plan de Análisis

El análisis estadístico estuvo basado en una estrategia univariado. Se emplearon frecuencias simples para las variables cualitativas y cuantitativas

### 7.9. Fuentes de Información

Primaria ya que la información se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta directamente a los pacientes.

### 7.10. Aspectos Éticos

Este estudio se realizó siguiendo la normativa de la república de Colombia, el ministerio de salud y protección social, que mediante la resolución 8430 de 1993, la cual según el artículo 11, clasifica a esta investigación como una investigación con riesgo mínimo, ya que es un estudio que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas,

psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: los cuestionarios. Se aplicó un consentimiento Informado previo a la realización de la encuesta, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. De igual forma, este estudio se realizó con previa autorización del comité de ética, bioética e investigación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, y la información se manejó bajo un acuerdo de confidencialidad que fue firmado por los investigadores (VER ANEXO D), fue manipulada solo por los investigadores y se omitió información de identificación personal de los participantes, dando así de esta manera seguridad acerca de toda información de los participantes recolectada.

Además de esto, los beneficios que se obtendrán con este proyecto serán colectivos ya que permite a los investigadores afianzar conocimientos acerca de la temática a investigar para de esta manera conocerla a fondo y poder dar el tratamiento oportuno a sus pacientes sin divagar acerca del mismo y que se logre ser más preciso y conciso, además, podrán ser destacados por sus aportes en investigación contribuyendo con el HUHMP al exponer y dar a conocer los resultados de este estudiando, logrando así que los trabajadores de este hospital logran tener conocimientos más claros sobre cómo llevar a cabo el manejo de este tipo de patologías.

## 8. Análisis de Resultados

La muestra estuvo conformada por 7 personas que asistieron al servicio de consulta de gastroenterología del hospital universitarios Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, siendo personas con edades superiores a 18 años, diagnosticadas con síndrome de intestino irritable y enfermedad por reflujo gastroesofagico, pertenecientes a cualquier sexo.

Según el género la muestra total estuvo distribuida de la siguiente manera: 5 mujeres y 2 hombres.

La edad se clasificó según intervalos debido a que participaron personas entre 18 y 80 años que implica un rango de edad amplio. La edad de mayor predominio fue los adultos entre los 39 y 48 años en 3 pacientes; seguido del rango ubicado entre 49 a 60 años en 2 pacientes, y por ultimo los rangos entre 61 y 80 años y el de 18 a 28 años en 1 paciente cada uno.

Tabla 5.  
muestra según género y edad

<b>GENERO</b>	
	<b>Frecuencia</b>
Femenino	5
Masculino	2
Total	7
<b>EDAD</b>	
18-28 años	1
29-38 años	0
39-48 años	3
49-60 años	2
61-80 años	1
Total	7

Fuente propia

El tiempo de diagnóstico se clasificó según intervalos de tiempo de la siguiente manera: menos de seis meses, de seis meses a un año, de un año a dos años y mayor a dos años. El intervalo con mayor predominio fue mayor de dos años en 5 pacientes, luego, los intervalos de menos de seis meses y entre seis meses y un año en 1 paciente cada uno

Tabla 6.

muestra según intervalos de tiempo de diagnóstico

	<b>Frecuencia</b>
Menos de 6 meses	0
De 6 meses a 1 año	1
De 1 año a 2 años	1
Mayor de 2 años	5
Total	7

*Fuente propia*

Con respecto a los trastornos digestivos funcionales se observó una mayor frecuencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en 6 pacientes, y por otro lado el síndrome de intestino irritable en un paciente.

Tabla 7.

muestra según trastorno digestivo funcional

	<b>Frecuencia</b>
<i>SII</i>	1
<i>ERGE</i>	6

*Fuente propia*

De acuerdo con los datos arrojados en los instrumentos (escala de ZUNG para depresión y ansiedad) que permiten la medición de las variables afectivas en relación a su nivel de gravedad, se encontró la presencia de depresión leve en 3 pacientes, al igual que la depresión moderada, y finalmente, el estado de no depresión en un paciente

Y finalmente se encontró la presencia de ansiedad grave en 5 pacientes, luego, ansiedad moderada y ansiedad leve en un paciente cada uno.

Tabla 8.

distribución del nivel de gravedad de depresión y ansiedad según escala de ZUNG

<b>DEPRESIÓN</b>	
	<b>Frecuencia</b>
No depresión	1
Depresión leve	3
Depresión moderada	3
Depresión grave	0
Total	7
<b>ANSIEDAD</b>	
No ansiedad	0
Ansiedad leve	1
Ansiedad moderada	1
Ansiedad grave	5
Total	7

*Fuente propia*



## 9. Discusión

Muchas situaciones estresantes en la vida están asociadas al inicio o exacerbación de múltiples enfermedades del sistema digestivo, incluyendo patologías gastrointestinales funcionales como el SII y la ERGE. Los pacientes con SII tienen comorbilidades psiquiátricas como trastorno de pánico, ansiedad y depresión, en un 50-90% de los casos. (28)

El síndrome del intestino irritable (SII) se ha asociado con una alta prevalencia de trastornos psicológicos. Sin embargo, aún no está claro si el SII y cada uno de sus subtipos (SII-D con diarrea predominante, SII-C con estreñimiento, SII-M mixto) están asociados con niveles más altos de ansiedad y síntomas depresivos (30)

Con respecto a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, en un estudio se concluyó que en pacientes con ERGE, los niveles elevados de ansiedad se asocian con una mayor severidad del dolor retroesternal y la acidez estomacal y una calidad de vida reducida. Los pacientes con ERGE con hipersensibilidad al reflujo gastroesofágico tienen niveles similares de ansiedad y puntuaciones de calidad de vida similares a las de otros pacientes con ERGE (32)

Según el género la muestra total estuvo distribuida de la siguiente manera: 5 mujeres y 2 hombres. Es más frecuente en la población joven que en las personas adultas (60-90 años), y se han realizado diversos estudios para determinar si dentro de una determinada población existen diferencias en la tasa de prevalencia según la raza, y en general no se han encontrado. (36) Es importante aclarar que, aunque en la muestra la proporción de género fue mayor en mujeres el tipo de muestreo no probabilístico y a propósito no permite generalizar los resultados.

Así mismo en un estudio realizado en Bogotá Colombia por Restrepo, et al. (2011, p. 7)” (61), “se halló una asociación significativa con el género femenino (p: 0.035)” (61), lo que

también se corrobora con los datos arrojados en el año 2007 por Cruz, et al., donde “el género femenino representó el 76% (n = 76), con una relación mujer/hombre; 4:1” (p. 29).(62)

De acuerdo con la edad los datos del estudio arrojan resultados en los cuales los adultos entre 39 y 48 años tienen mayor predominancia con un número de pacientes de 3, seguido del rango ubicado entre 49 a 60 años con un número de pacientes de 2, luego el rango entre 61 a 80 con un porcentaje en un paciente; y por último, los rangos entre 18 a 28 años con porcentaje igual en un solo paciente. En el estudio de Díaz, et al. (2010, p. 79) quienes hablan de que las edades entre los 30 a 45 años “se comportaron como factor protector (OR = 0,62; IC 95 %: 0,44-0,88; p = 0.005)”. (63) además, el SII es más frecuente en la población joven que en las personas adultas (60-90 años). A diferencia de lo anteriormente citado en este estudio se halló una mayor prevalencia de los trastornos gastrointestinales funcionales en el rango de edad de 39 a 60 años.

El SII es muy frecuente en la población general y se estima que alrededor de un 3% de las consultas en atención primaria y de un 16% a un 25% de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección. (37) Por otro lado, la ERGE es una enfermedad frecuente y su prevalencia varía en las diferentes partes del mundo. Se estima que 7,7% de la población general refiere síntomas de reflujo gastroesofágico, según el estudio internacional Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). (43) Esto no se pudo corroborar en nuestro estudio con respecto a los trastornos digestivos funcionales ya que se observó que 6 pacientes tienen enfermedad por reflujo gastroesofágico, y un paciente síndrome de intestino irritable.

En cuanto a los trastornos psicoafectivos evaluados por la escala de ZUNG para depresión y ansiedad, se encontró la presencia de depresión leve en 3 pacientes, al igual que la depresión moderada, y finalmente, el estado de no depresión en 1 paciente. Respecto a la ansiedad se encontró la presencia de ansiedad grave en 5 pacientes, luego, ansiedad moderada y

ansiedad leve en 1 paciente cada uno. Por consiguiente, en este estudio se evidencio una frecuencia mayor de ansiedad grave. En consecuencia, se halló una coherencia entre lo descrito en la literatura mundial y lo encontrado en este estudio con respecto a la relación y la frecuencia de los trastornos psicoafectivos como depresión y ansiedad en los pacientes con trastorno digestivos funcionales.

En la recolección de los datos se presentaron algunas limitaciones, como la poca frecuencia de la consulta de gastroenterología, ya que solo se realizaba un día a la semana, por consiguiente, la muestra de nuestro estudio fue muy pequeña ya que no todos los pacientes cumplían los criterios de inclusión.

## 10. Conclusiones

En 6 pacientes se encontró la presencia de algún estado de depresión concomitantemente con la enfermedad por reflujo gastroesofágico o síndrome de intestino irritable. Ya que solo 1 se clasifico como un estado de no depresión.

En todos de los pacientes se encontró la presencia de algún estado ansiedad concomitantemente con la enfermedad por reflujo gastroesofágico o síndrome de intestino irritable.

Fue más frecuente la ansiedad y más grave debido a que 5 de los pacientes se clasificaron como ansiedad grave.

Los trastornos digestivos funcionales junto a los trastornos psicoafectivos se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino, y la edad de mayor presentación fue entre 39 y 60 años

## 11. Recomendaciones

Es necesario contar con mayor disponibilidad de tiempo para ampliar la muestra para que los datos sean estadísticamente significativos

Debido a la alta frecuencia que se encontró de la presencia de algún grado de depresión o ansiedad en los pacientes que asisten a la consulta de gastroenterología, se recomienda a los profesionales de salud aplicar la escala de ZUNG para depresión y ansiedad, y en caso de encontrar dichos trastornos derivar a los pacientes a un profesional de la salud mental, para un manejo integral.

## Referencias Bibliográficas

1. Sundas A, Sampath H, Lamtha SC, Soohinda G, Dutta S. Correlatos psicosociales de calidad de vida en trastornos gastrointestinales funcionales. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022 Jun 15;
2. Bhatia V, Tandon RK. Stress and the gastrointestinal tract. *Journal of Gastroenterology and Hepatology (Australia)*. 2005;20(3):332–9.
3. Arín A, Iglesias MR. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2003 [cited 2022 Sep 17];26(2):251–68. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Rubenstein JH, Chen JW. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2014 Mar [cited 2022 Sep 17];43(1):1–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24503355/>
5. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y TRASTORNO DEPRESIVO [Internet]. [cited 2022 Sep 17]. Available from: <https://www.siic.info/dato/resiiccompleto.php/165070>
6. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology*. 2002;122(5):1500–11.
7. Brizuela Quintanilla RA. Síndrome de intestino irritable. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 1997;26(1):63–8.

8. Restrepo LF, Páez ML, Guzmán DM, Moreno JY. Síndrome de Intestino Irritable y Trastornos de Ansiedad y Depresión. 2011;54. Available from: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2345/7/52718675-2011.pdf>
9. Morgan V, Pickens D, Gautam S, Kessler R, Mertz H. Amitriptyline reduces rectal pain related activation of the anterior cingulate cortex in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*. 2005;54(5):601–7.
10. Mearin F, Rey E, Balboa A. Trastornos funcionales y motores digestivos. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36(SUPPL.2):3–14.
11. Sánchez-Cuén JA, Irineo-Cabrales AB, Bernal-Magaña G, Peraza-Garay FDJ. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con síndrome de intestino irritable en un hospital de especialidades de México. Estudio transversal. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2017;109(4):265–72.
12. BETANCOURT LAURABANA CL. RELACIÓN DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES. 2020.
13. Dr. Mauricio Alberto Cruz Ruíz \* Rubí Berenice Ortiz Herrera, \*\* Damaríz Muñiz Jurado, \*\* José Luís Padierna Luna\*\*\*. Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. *medigraphic Artemisa*. 2007 Feb 28;29–33.
14. Díaz Cárdenas S, Díaz Caballero A, Arrieta Vergara KM. Factores psicosociales, sociodemográficos, culturales y familiares asociados a Síndrome de Intestino Irritable. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2010;3(2):78–82.

15. He M, Wang Q, Yao D, Li J, Bai G. Association Between Psychosocial Disorders and Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2022 Sep 17];28(2):212–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35362447/>
16. VISCONDE L. LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES ADULTOS. Vol. 4. 2020.
17. Cerecedo RB. Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2011;54(3):4–12.
18. Kessing BF, Bredenoord AJ, Saleh CMG, Smout AJPM. Effects of anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2022 Sep 17];13(6):1089-1095.e1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25496817/>
19. JACKIE D. WOOD. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Nippon rinsho Japanese journal of clinical medicine*. 2006;64(8):1452–5.
20. Asociación entre síndrome de intestino irritable y la ansiedad depresión en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo [Internet]. [cited 2022 Sep 17]. Available from: <https://library.co/document/myj6xjz-asociacion-sindrome-intestino-irritable-depresion-pacientes-atendidos-hospital.html>
21. Byrne G, Rosenfeld G, Leung Y, Qian H, Raudzus J, Nunez C, et al. Prevalence of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2017;2017.
22. Bustos-Fernández LM, Bustos-Fernández LM. Síndrome de intestino irritable: la importancia de los antiespasmódicos. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2020 Jul



- 1 [cited 2022 Sep 17];35(3):338–44. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572020000300338&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572020000300338&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
23. Sabbagh LC. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
24. Bula-Díaz MM, David-Mesa S, Morales-Monsalve SE, Piedad M, López-Bustamante L, de Psicología F. Anxiety and Anger in a Group of People of the City of Medellín-Colombia, Diagnosed with Irritable Bowels Syndrome. 2013.
25. Mazariegos A. 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. [Internet]. [Guatemala]: UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR; 2015 [cited 2022 Sep 17]. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Mazariegos-Andrea.pdf>
26. Vinaccia S, Fernández H, Ruht OA, Tamayo E, Vásquez A, Tobon S. Calidad De Vida, Ansiedad y Depresión en Pacientes con Diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable Quality of Life, Anxiety and Depression in Patients Diagnosed with Irritable Bowel Syndrome (IBS). 2005;23:65–74.
27. PARAMO  
DAVIDAROSARIOGMARIAMBELENRREYNALDOPLUISRALBERTOOWILL  
IAMHALBISSLUISSCAROLINASR. Prevalencia de síntomas del reflujo gastroesofágico y factores asociados: una encuesta poblacional en las principales ciudades de Colombia. Comité de Investigaciones, Asociación Colombiana de Gastroenterología Bogotá, Colombia. 2016;1–10.

28. Cunningham C, Cho E, Shaffer ML, Bradford MC, Palermo T. Screening for psychosocial and family risk in pediatric gastrointestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;63(6):e158–62.
29. Barry Blackwell MU of WMSMW. ¿Respondes con el intestino? - IFFGD [Internet]. [cited 2022 Feb 13]. Available from: <https://iffgd.org/resources/en-espanol/respodes-con-el-intestino/>
30. 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* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2023 Feb 20];264(8):651–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24705634/>
31. Hu Z, Li M, Yao L, Wang Y, Wang E, Yuan J, et al. The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC Gastroenterol* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Feb 20];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33413140/>
32. Kessing BF, Bredenoord AJ, Saleh CMG, Smout AJPM. Effects of anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2023 Feb 20];13(6):1089-1095.e1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25496817/>
33. Asociación Española de Gastroenterología. Síndrome del intestino irritable. Guía de práctica clínica. Centro Cochrane Iberoamericano [Internet]. 2005;1:21–5. Available from: <https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/sii.pdf>

34. VIAL M. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN POBLACIÓN ADULTA. [BARCELONA]: UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BARCELONA; 2009.
35. Reséndiz-Figueroa F, Ortiz-Garrido O, Pulido D, Arcila-Martínez D, Schmulson M. Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2022 Feb 13];73(1):3–10. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-impacto-rasgos-ansiedad-depresion-sobre-articulo-13131664>
36. Pose A, Iade B, Cohen H. Síndrome de intestino irritable. *Rev Bras Med*. 2005;62(SPEC. ISS.):44–9.
37. Alvarado B J, Otero R W, Jaramillo Santos MA, Roa B PA, Puentes L GA, Jiménez F AM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable en población adulta TT - Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Adult Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Rev colomb gastroenterol* [Internet]. 2015;30(supl.1):43–56. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572015000500006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000500006)
38. Castañeda-Sepúlveda R. medicina universitaria Síndrome de intestino irritable. *Medicina Universitaria* [Internet]. 2010;12(46):39–46. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13150442&pid](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13150442&pid)

- ent\_usuario=0&pcontactid=&pident\_revista=304&ty=29&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=304v12n46a13150442pdf001.pdf
39. Squella Boerr F. Clasificación de Roma III para Síndrome de Intestino Irritable. *Gastroenterol latinoam*. 2012;23(4):224–8.
  40. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) [Internet]. [cited 2022 Sep 17]. Available from: <https://actagastro.org/revision-sobre-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-erge/>
  41. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, et al. Rating Quality of Evidence and Strength of Recommendations: Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *BMJ: British Medical Journal* [Internet]. 2008 May 5 [cited 2022 Sep 17];336(7654):1170. Available from: </pmc/articles/PMC2394579/>
  42. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 17];108(3):308–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23419381/>
  43. Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl* [Internet]. 1999 [cited 2022 Sep 17];231(231):20–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10565620/>
  44. Chiocca JC, Olmos JA, Salis GB, Soifer LO, Higa R, Marcolongo M. Prevalence, clinical spectrum and atypical symptoms of gastro-oesophageal reflux in Argentina: a nationwide population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2005 Aug

- 15 [cited 2022 Sep 17];22(4):331–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16098000/>
45. Dacoll C, Umpierre V, Tomasso G, Saona G, Alemán A, Cafferata ML, et al. Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Uruguay. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2022 Sep 17];35(7):460–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-prevalencia-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-S0210570512000891>
46. Arín A, Iglesias MR. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2003 [cited 2022 Sep 17];26(2):251–68. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
47. Huerta-Iga F, Bielsa-Fernández M v., Remes-Troche JM, Valdovinos-Díaz MA, Tamayo-de la Cuesta JL. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2022 Sep 17];81(4):208–22. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-diagnostico-tratamiento-enfermedad-por-reflujo-articulo-S0375090616300350>
48. Terroso A, Serrano G, Martínez M, Planes P. Región de Murcia Consejería de Sanidad. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos [Internet]. 2018;90. Available from: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>

49. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio [Internet]. 2013. 630 p. Available from: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador\\_gpc.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx)
50. Curso PDEL, Estado TDEL, Carroble JA, Del T, Ánimo EDE, Ánimo E. La depresión. 2001;1–26.
51. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Sepúlveda MR, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población Colombiana. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2004;16(6):378–86.
52. Arlington V. GUIA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-5 [Internet]. 5th ed. 2013. 103–128 p. Available from: [www.appi.org](http://www.appi.org)
53. Reyes A. Trastornos de Ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud [Internet]. 2010;1–134. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
54. Vista de Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia | NOVA. [cited 2022 Mar 6]; Available from: <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/nova/article/view/67/133>
55. Orozco W, Vargas M. Trastornos De Ansiedad: Revisión Dirigida Para Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica* [Revista de internet]. LXIX (604).497-507, 2012. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* [Internet].

- 2012;(604):497–507. Available from:  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
56. Arlington V. GUIA DE CONSULTA DE LOS CIRTERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-5. Vol. 5. 2013. 129–144 p.
57. Liberman RP, Eckman T. Behavior Therapy vs Insight-Oriented Therapy for Repeated Suicide Attempters. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1981 Oct 1 [cited 2023 Jan 12];38(10):1126–30. Available from:  
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/492643>
58. Pareja-Ángel J, Campo-Arias A. The prevalence of symptoms of anxiety and depression in female migraine sufferers. Rev Neurol. 2004 Oct 16;39(8):711–4.
59. Aragonés Benaiges E, Masdú Montalà R, Cando Guasch G, Coll Borràs G. Validez diagnóstica de la Self-Rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2001 [cited 2023 Jan 12];29(5):310–6. Available from: <https://medes.com/publication/1746>
60. Alfonso Díaz L, Campo A, Eduardo Rueda G, Alfonso Barros J. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. 2005;36.
61. Síndrome de intestino irritable y trastornos de ansiedad y depresión. Bogotá – Colombia [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from:  
<https://repository.urosario.edu.co/items/b13174af-b43b-489c-af0c-18df0c258b54>
62. Ruíz C, Alberto M, Berenice R, Herrera O, Jurado DM, Luís J, et al. Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. Rev Gastroenterol Mex. 2007;72(1):29–33.

63. Factores psicosociales, sociodemográficos, culturales y familiares asociados a Síndrome de Intestino Irritable [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000200004&script=sci\\_abstract](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000200004&script=sci_abstract)



# ANEXOS

## Anexo A. Cuestionario

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS  
CON TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO 2023**

**OBJETIVO:** Describir la frecuencia de estados afectivos como la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con trastornos funcionales digestivos como el SII y la ERGE, mediante la escala ZUNG para depresión y ansiedad en el HUHMP de Neiva 2023

¿Qué edad tiene el paciente?

18 - 28 años

29 - 38 años

39 - 48 años

49 – 60 años

61- 80 años

¿Cuál es el sexo del paciente?

Femenino

Masculino

¿Hace cuánto le diagnosticaron síndrome de intestino irritable?

Menos de 6 meses

De 6 meses a 1 año

De 1 a 2 años

Mas de dos años

¿Hace cuánto le diagnosticaron enfermedad por reflujo gastroesofágico?

Menos de 6 meses

De 6 meses a 1 año

De 1 a 2 años

Más de dos años

#### Escala Zung para Depresión y Ansiedad

Se siente decaído y triste	La mayor parte del tiempo _____
Nunca o muy pocas veces _____	
Algunas veces _____	Siente ganas de llorar o interrumpe
Una buena parte del tiempo _____	el llanto
La mayor parte del tiempo _____	Nunca o muy pocas veces _____
	Algunas veces _____
Por la mañana es cuando mejor se	Una buena parte del tiempo _____
siente	La mayor parte del tiempo _____
Nunca o muy pocas veces _____	
Algunas veces _____	Tiene problemas para dormir por la
Una buena parte del tiempo _____	noche

Nunca o muy pocas veces _____	La mayor parte del tiempo _____
Algunas veces _____	
Una buena parte del tiempo _____	Tiene problemas de estreñimiento
La mayor parte del tiempo _____	Nunca o muy pocas veces _____
	Algunas veces _____
Come la misma cantidad de	Una buena parte del tiempo _____
siempre	La mayor parte del tiempo _____
Nunca o muy pocas veces _____	
Algunas veces _____	Su corazón late más rápido de lo
Una buena parte del tiempo _____	normal
La mayor parte del tiempo _____	Nunca o muy pocas veces _____
	Algunas veces _____
Todavía disfruta el sexo	Una buena parte del tiempo _____
Nunca o muy pocas veces _____	La mayor parte del tiempo _____
Algunas veces _____	
Una buena parte del tiempo _____	Se cansa sin razón alguna
La mayor parte del tiempo _____	Nunca o muy pocas veces _____
	Algunas veces _____
Ha notado que está perdiendo peso	Una buena parte del tiempo _____
Nunca o muy pocas veces _____	La mayor parte del tiempo _____
Algunas veces _____	
Una buena parte del tiempo _____	

Su mente esta tan clara como  
siempre

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Le es fácil hacer lo que siempre  
hacia

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Se siente agitado y no puede estar  
quieto

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Siente esperanza en el futuro

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Esta más irritable de lo normal

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Le es fácil tomar decisiones

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Siente que es útil y lo necesitan

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Su vida es bastante plena	Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso
Nunca o muy pocas veces _____	Nunca o muy pocas veces _____
Algunas veces _____	Algunas veces _____
Una buena parte del tiempo _____	Una buena parte del tiempo _____
La mayor parte del tiempo _____	La mayor parte del tiempo _____
Siente que los demás estarían mejor si usted muriera	Se siente temeroso sin razón
Nunca o muy pocas veces _____	Nunca o muy pocas veces _____
Algunas veces _____	Algunas veces _____
Una buena parte del tiempo _____	Una buena parte del tiempo _____
La mayor parte del tiempo _____	La mayor parte del tiempo _____
Todavía disfruta de las cosas que disfrutaba antes	Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico
Nunca o muy pocas veces _____	Nunca o muy pocas veces _____
Algunas veces _____	Algunas veces _____
Una buena parte del tiempo _____	Una buena parte del tiempo _____
La mayor parte del tiempo _____	La mayor parte del tiempo _____
	Ha sentido que se está derrumbando

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Ha sentido que nada malo va a pasar/  
que todo va bien

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Se ha sentido tembloroso

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Se ha sentido débil y se cansa fácilmente

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Ha sentido palpitaciones, taquicardia últimamente

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Se ha sentido últimamente

mareado

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Se ha desmayado o ha sentido

síntomas de desmayo

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Ha podido respirar con facilidad

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Ha sentido hormigueo/ falta de  
sensibilidad en los dedos

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Ha sentido náuseas y malestar en el  
estomago

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Ha orinado con mayor frecuencia  
de lo normal

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_



Ha sentido sus manos secas y  
calientes

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Se ha ruborizado con frecuencia

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Ha dormido bien y descansado  
toda la noche

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

Ha tenido pesadillas

Nunca o muy pocas veces \_\_\_\_\_

Algunas veces \_\_\_\_\_

Una buena parte del tiempo \_\_\_\_\_

La mayor parte del tiempo \_\_\_\_\_

*Fuentes: Professoren, K. (s. f.). EspectroAutista.Info – Escala de Depresión de Zung. <http://espectroautista.info/ZDS-es.html>. Z. (2020, 25 marzo). ANSIEDAD DE ZUNG. [studylib.es. https://studylib.es/doc/8922333/ansiedad-de-zung](https://studylib.es/doc/8922333/ansiedad-de-zung)*

## Anexo B. Tabla de Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍAS DE LA VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE	Cuadro crónico y recidivante, caracterizado por la existencia de dolor abdominal y/o cambios en el ritmo intestinal (diarrea o estreñimiento). Debe cumplir con criterios ROMA III	-Si -No	Nominal	Porcentaje
SIGNOS	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica	Distensión abdominal Abdomen agudo Irritabilidad peritoneal	Ordinal	Porcentaje
SÍNTOMAS	Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad	Dolor abdominal y calambres. Gases. Llenura. Distensión. Cambios en los hábitos intestinales (puede ser diarrea o estreñimiento)	Cualitativa nominal	Porcentaje
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO	Es una afección en la cual los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hacia el esófago	-Si -No	Nominal	Porcentaje
SIGNOS	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica	Acidez estomacal Pirosis Disfagia Regurgitación de alimentos sólidos o líquidos	Ordinal	Porcentaje
SÍNTOMAS	Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad	Dolor en el pecho Náuseas. Problemas o dolor al tragar Complicaciones en la boca, garganta o pulmones, como tos crónica o ronquera.	Nominal	Porcentaje
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la	Menos de 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 2 años Más de dos años	Ordinal	Porcentaje

	enfermedad empieza a empeorar o se disemina a otras partes del cuerpo.			
EDAD	Años vividos del ser humano	18-60 años	Cuantitativa de razón	Porcentaje
GÉNERO	Sexo biológico del ser humano	Femenino o Masculino	Cualitativa Nominal	Porcentaje
ANSIEDAD	Es un estado emocional transitorio del organismo humano, con sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Según escala de Zung	No ansiedad <18 puntos Ansiedad leve 19 - 27 puntos Ansiedad moderada 28 - 35 puntos Ansiedad grave > 36 punto	Ordinal	Porcentaje
DEPRESIÓN	La depresión es un trastorno mental con tendencia episódica y recurrente, que se caracteriza por una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia) Según escala de Zung	No depresión < 28 puntos Depresión leve 28-41 puntos Depresión moderada 42-53 puntos Depresión grave > 53 puntos	Ordinal	Porcentaje



## Anexo D. Presupuesto

## PRESUPUESTO GLOBAL DE LA PROPUESTA POR FUENTES DE FINANCIACIÓN

(EN MILES DE \$)

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	\$ 2.015.000
EQUIPOS	\$ 7.000.000
SOFTWARE	\$ 289.900
MATERIALES	\$ 70.000
SALIDAS DE CAMPO	\$ 150.000
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	\$ 0
PUBLICACIONES Y PATENTES	\$ 0
SERVICIOS TECNICOS	\$ 0
VIAJES	\$ 0
CONSTRUCCIONES	\$ 0
MANTENIMIENTO	\$ 0
ADMINISTRACION	\$ 0
TOTAL	\$ 9.524.900

## DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL (EN MILES DE \$)

INVESTIGADOR/ EXPERTO / AUXILIAR.	FORMACION ACADEMICA	FUNCION DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACION	RECURSOS
Dr. Christian E. Melgar	Médico internista y gastroenterólogo	Asesor	Médico internista y docente. 20 h	\$ 400.000
Dolly Castro Betacourt	Enfermera epidemióloga	Asesor	Docente 20 h	\$ 400.000
Paula Stefania Acevedo	Estudiante de medicina	Investigador	Estudiante 270 h	\$ 405.000
Deily Luciana Bautista	Estudiante de medicina	Investigador	Estudiante 270 h	\$ 405.000
Karen Tatiana Martínez	Estudiante de medicina	Investigador	Estudiante 270 h	\$ 405.000
TOTAL:				\$ 2.015.000

DESCRIPCIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS DE USO PROPIO (EN MILES DE \$)

EQUIPO	VALOR
Computador MacBook Air	\$ 3.000.000
Computador Acer	\$ 1.500.000
Computador Hp dorado tactil	\$ 2.500.000
TOTAL	\$ 7.000.000

DESCRIPCIÓN DE SOFTWARE QUE SE PLANTEA ADQUIRIR (EN MILES DE \$)

EQUIPO	JUSTIFICACION	RECURSOS
Microsoft Word	Realización del proyecto	\$ 289.900
Microsoft Excel	Tabulación de datos	\$ 289.900
Google chrome	Obtención de la información	\$ 0
TOTAL		\$ 289.900


DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LOS VIAJES (EN MILES DE \$)

Ítem	Costo unitario	Numero	Total
Trasporte hogar al HUHMP	\$ 5.000	30	\$ 150.000
TOTAL			\$ 150.000

MATERIALES, SUMINISTROS (EN MILES DE \$)

MATERIALES	JUSTIFICACION	VALOR
Fotocopias.	Fotocopias de las encuetas a realizar.	\$ 50.000
Impresión.	Impresión del proyecto final	\$ 20.000
TOTAL		\$ 70.000


## Anexo E. Acuerdo de Confidencialidad


	FORMATO	FECHA DE EMISIÓN: AGO 2022
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES	VERSIÓN: 03
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001B
		PÁGINA: 1 de 2

Yo, **Christian Ernesto Meigar Burbano**, identificado con cédula de ciudadanía número **78723571** expedida en la ciudad de **Bogotá** como investigador principal del proyecto **Anxiedad y depresión en pacientes adultos diagnosticados con trastornos funcionales digestivos en el hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2023** que se realizará en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

- Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
- Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
- Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
- Obtener de las historias clínicas o de los documentos que revisen solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van a analizar en el trabajo.
- Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
- Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
- Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
- Asumir la responsabilidad de los daños, perjuicios y demás consecuencias profesionales civiles y lo penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por medio de la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 5 días, del mes de 12 del año 2022.


  
 Calle 9 No. 15-25 (mkr. 871) 5907 FAX: 871 4415 - 871 4440 Correo: 658-8715907
   
 Línea Gratuita: 018000657878 Correo Institucional: Hospital.universitario@hulm.gov.co
   
 Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HULM
   
 Instagram: hospital.universitario.Neiva. YouTube: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo
   
[www.hospital-neiva.gov.co](http://www.hospital-neiva.gov.co)
  
 Neiva - Huila - Colombia

	FORMATO	FECHA DE EMISIÓN: AGO 2022
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES	VERSIÓN: 03
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001B
		PÁGINA: 2 de 2

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

*Christian Meigar*

**FIRMA**  
C.C. 79723571  
Teléfono: 317 4270488

**Email:**  
Los ~~coinvestigadores~~ identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

NOMBRE COINVESTIGADOR 1

*Karen T. Martínez*

**FIRMA**  
C.C. 1004169685  
Teléfono: 3155430181  
Email: u20182173241@usco.edu.co

NOMBRE COINVESTIGADOR 2

*Leiana Escobedo*

**FIRMA**  
C.C. 1075318087  
Teléfono: 3122436862  
Email: u20182172942@usco.edu.co

NOMBRE COINVESTIGADOR 3

*Rafael Acevedo*


**FIRMA**  
C.C. 1076521127  
Teléfono: 3102347141  
Email: u20182172728@usco.edu.co

NOMBRE COINVESTIGADOR 4


**FIRMA**  
C.C.  
Teléfono:  
Email:

**Reporte legal:** De acuerdo con la Política de Seguridad de la Información de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y el Gerente y sus colaboradores se comprometen a buenas prácticas en la gestión de los aspectos organizativos de la Seguridad de la información, del uso, el mantenimiento y la protección de los datos, la información y los activos relacionados siguiendo las pautas establecidas en la norma ISO 27001.

Referente a cumplir con los lineamientos éticos establecidos según la Resolución N° 008430 de 1993, "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud".


  
 Calle 9 No. 15-25 (mkr. 871) 5907 FAX: 871 4415 - 871 4440 Correo: 658-8715907
   
 Línea Gratuita: 018000657878 Correo Institucional: Hospital.universitario@hulm.gov.co
   
 Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HULM
   
 Instagram: hospital.universitario.Neiva. YouTube: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo
   
[www.hospital-neiva.gov.co](http://www.hospital-neiva.gov.co)
  
 Neiva - Huila - Colombia

# Anexo F. Consentimiento Informado

	FORMATO	FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2022
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA	VERSIÓN: 03 CÓDIGO: GDI-INV-F00H
		PÁGINA 1 DE 2
<p><b>Título del proyecto de investigación:</b> ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS CONTRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO. 2023</p> <p><b>Nombre del investigador principal:</b> Christian Ernesto Melgar Burbano</p> <p><b>Servicio donde se desarrolla el estudio:</b> Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva</p> <p><b>Nombre del participante:</b></p>		
<p>A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.</p>		
<p><b>Objetivo del estudio:</b> Describir la frecuencia de estados afectivos como la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con trastornos funcionales digestivos como el SII y la ERGE, mediante la escala de calificación de Hamilton en el HUHMP de Neiva 2023.</p> <p><b>Justificación del estudio:</b> Se considera muy interesante y de gran importancia realizar la presente investigación en los pacientes del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo ya que la prevalencia en el mundo de SII varía entre 10 y 35%, siendo este un gran porcentaje donde, además, se tiene en cuenta que el SII cursa con episodios de exacerbación y remisión, afectando en grado variable la calidad de vida de los pacientes. Los conflictos laborales, las dificultades económicas o interpersonales, los antecedentes de abuso sexual, maltrato físico y psicológico, ansiedad, pánico, depresión, frustración, baja autoestima, etc., se relacionan a esta enfermedad, situaciones que se van muy a menudo presentando en nuestro medio y que sin duda alguna afectan diariamente a nuestros pacientes. Sumado a esto, la coexistencia de síntomas psiquiátricos y síntomas gastrointestinales se presentan hasta en 80% de los pacientes que asisten a la consulta de gastroenterología, cifra que es bastante elevada y que hace que creamos nuestro interés en este tema.</p> <p>En países industrializados se observa una prevalencia del 10 al 15%. En Estados Unidos es una de las causas más frecuentes de absentismo laboral después de la gripe y genera 2,4 a 3,5 millones de consultas médicas y más de dos millones de prescripciones, produciendo costos superiores a 33 mil millones de dólares. En los países latinoamericanos como Brasil, México, Uruguay y Colombia se observa una prevalencia entre el 3 y 10%. (14). Por otro lado, la incidencia de la ERGE se estima entre 0,0054 y 5,4 por 1000 personas-año y aumenta después de los 40 años de edad 46-48. Esta enfermedad también se ha relacionado con algunos factores psicológicos como el estrés percibido y/o la ansiedad crónica, aunque su papel no ha sido bien aclarado. Pese a ello, existen algunos datos clínicos y experimentales que sugieren que el estrés psicológico podría ejercer un papel activo en el nivel de percepción sintomática. En este sentido se ha observado en China que tanto la ansiedad como la depresión serían más comunes en pacientes con ERGE, además, afecta a la sociedad durante sus años. Perjudica el desarrollo de actividades diarias y la productividad, tanto más cuanto más graves son los síntomas, y por la presencia de episodios de RGE nocturno. Se ha estimado que un 30% de los trabajadores que sufren de síntomas de ERGE pueden ver reducida su productividad laboral. Es uno de los trastornos gastrointestinales que más gasto generan, estimándose en Estados Unidos un costo directo cercano a los 3,8 millones de dólares al año.</p> <p>Además, se conoce que ambos pacientes tienen una pobre calidad de vida asociada con la salud (HRQOL), ya que estas patologías interfieren con las actividades cotidianas y la dieta, desencadenando una preocupación constante por el estado de salud. En general, se reporta un mayor impacto de la HRQOL entre aquellos sujetos que buscan en comparación con aquellos que no buscan atención médica. Asimismo, dicha calidad de vida parece mejorar en relación con la mejoría en la gravedad de los síntomas y las actividades diarias después de recibir tratamiento psicológico y/o antidepressivo, por tal motivo, se considera que es un estudio de suma importancia ya que estas son patologías que se presentan de manera muy frecuente en nuestra consulta de gastroenterología y, además, de esto, porque hoy en día la importancia de la salud mental está en auge.</p>		

**Beneficios del estudio:** El beneficio de este estudio se basa en que al poder determinar la relación y la frecuencia que tienen ambos trastornos, se podrá brindar una mejor calidad de vida a este grupo poblacional ya que se tendrá más claridad en el diagnóstico con el que cursan cada uno de ellos y por lo tanto, el tipo de tratamiento pertinente que se le debe administrar, disminuyendo de esta manera la negligencia médica, llevándonos a un actuar inmediato sobre la base principal de la enfermedad del paciente, que es la que está desencadenando un segundo trastorno el cual puede llegar a ser muy limitante en la vida de los pacientes.

**Procedimientos del estudio:** aplicación de Escalas para determinar Ansiedad y Depresión (ESCALAS HAMILTON)

**Riesgos asociados al estudio:** este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para los participantes ya que solo se llevará a cabo una encuesta

**Aclaraciones:** Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, sin cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con el(la) **Doctor(a)** Christian Ernesto Melgar Burbano al teléfono 3174270488 y/o con el(la) **Doctor(a)** Karen Tatiana Martínez Ramirez al teléfono 3123438852. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedido en la ciudad de \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevistó. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto, deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombre y apellidos del Participante	Nombre y apellido del testigo	Nombre y apellido del testigo

Firma del participante	Firma del testigo	Firma del testigo
C.C. Nº: Fecha:	C.C. Nº: Dirección: Fecha:	C.C. Nº: Dirección: Fecha:

**Esta parte debe ser completada por el investigador o su responsable.** He explicado a la persona \_\_\_\_\_ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me sigo a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

*Christian Melgar*  
**Firma del investigador**  
 Fecha:

### DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedido en la ciudad de \_\_\_\_\_ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (~~del/mes/año~~), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasiona ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación: \_\_\_\_\_ Como

Firma de la participante que desiste continuar en el proyecto de	Firma del testigo	Firma del investigador
C.C. Fecha:	C.C. Fecha:	Fecha: