

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU RELACIÓN
CON EL ESTRÉS LABORAL (BURNOUT) EN PERSONAL MÉDICO Y
ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL REGIONAL IESS DE LA CIUDAD DE
RIOBAMBA DURANTE JUNIO - JULIO DEL 2011**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

MONTALVO RAMOS PATRICIO ALEJANDRO

Director Académico: Dr. Roberto Pólit.

Director Metodológico: Dr. Fernando Carpio

Quito 2011

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE INTESTINO
IRRITABLE Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS LABORAL
(BURNOUT) EN PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO
DEL HOSPITAL REGIONAL IESS DE LA CIUDAD DE
RIOBAMBA DURANTE JUNIO - JULIO DEL 2011**

DEDICATORIA

A mis padres, Judith y Patricio por ser mi principal apoyo, ellos fueron los que estuvieron detrás de la consecución de este proyecto de vida que muchas veces se tornó difícil, pero gracias a su paciencia y amor, tuve la fortaleza de sacarlo adelante. A mi hijo, Nicolás, que se convirtió en el chivo expiatorio de mi alma para sacar la fuerza necesaria de seguir adelante, con sus risas y cariños ha llenado de felicidad mi vida y le ha dado tranquilidad a mi corazón. A mi esposa Estefanía por soportar con amor la distancia de todos estos años lejos, además me enseñó a valorar cada pequeño momento en nuestra hermosa familia. A mis hermanos Fernando y Daniela, que aunque muchas veces vivimos situaciones difíciles, siempre logramos dejar nuestras diferencias atrás con amor y respeto.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme el don de la vida y caminar siempre a mi lado.

A mis padres Judith y Patricio, por el apoyo incondicional durante toda mi vida.

A mi director de tesis, Dr. Roberto Pólit, por compartir su tiempo, su preocupación, su amistad y sobre todo por los conocimientos compartidos.

A mi director metodológico, Dr. Fernando Carpio, por la infinita paciencia y dedicación prestada.

Al Dr. Luis Mármol, Director del Hospital Regional del IESS de la ciudad de Riobamba, por permitirme realizar la investigación en tan prestigiosa institución.

A todos los médicos; tratantes, residentes, internos y empleados administrativos de tan noble casa de salud, por la colaboración, paciencia y respeto mostrada durante la investigación.

A mi querida Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por permitirme formar parte de su impecable historia.

A todos mis maestros, con los que compartí muchos momentos gratos, por la sabiduría compartida y su esfuerzo por formarnos en primer lugar como seres humanos íntegros al servicio del más necesitado.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
TABLA DE CONTENIDOS.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	8
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	13
2.1. Colon Irritable.....	13
2.1.1 Definición.....	13
2.1.2 Epidemiología.....	14
2.1.3 Influencia del sexo, edad y etnia.....	18
2.1.4 Etiología y fisiopatología.....	19
2.1.5 Etiología.....	20
2.1.6 Fisiopatología.....	22
2.1.6.1 Hipersensibilidad visceral.....	22
2.1.6.2 Motilidad intestinal.....	26
2.1.7 Papel de la inflamación.....	27
2.1.8 Papel de los acontecimientos psicosociales.....	29
2.1.9 Manifestaciones clínicas.....	30
2.1.10 Signos de alarma.....	33
2.1.11 Diagnóstico.....	34
2.1.12 ROMA III.....	35
2.1.12.1 Subtipos de colon irritable.....	37
2.1.13 Tratamiento.....	39
2.1.13. 7 Terapias psicológicas.....	48
2.2 Síndrome de burnout (estrés laboral).....	51
2.2.1 Definición.....	51
2.2.2 Causas del burnout	52
2.2.3 Consecuencias y relaciones del burnout.....	54
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS.....	57
3.1. Problemas de Investigación.....	57
3.2. Objetivos.....	57

3.3. Hipótesis.....	58
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	58
3.5. Operacionalización de las variables.....	59
3.6. Definición de las variables.....	59
3.7. Muestra.....	62
3.8. Tipo de estudio.....	62
3.9. Recolección de la información.....	62
3.10. Análisis Estadístico.....	64
3.10.1 Estudio descriptivo.....	64
3.10.2 Estudio analítico.....	65
3.11 Aspectos Bioéticos.....	65
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	66
4.1. Descripción de la población.....	66
4.2. Estudio del estrés laboral y sus tres dimensiones.....	79
4.2.1 Estrés emocional.....	82
4.2.2 Despersonalización.....	88
4.2.3 Falta de realización personal.....	97
4.2.4 Burnout (dicotómica).....	105
4.3. Estudio del síndrome de colon irritable.....	113
4.3.1 Colon irritable y edad.....	115
4.3.2 Colon irritable y estado civil	116
4.3.3 Colon irritable y género.....	117
4.3.4 Colon irritable y ocupación.....	118
4.3.5 Colon irritable y horas de trabajo.....	119
4.3.6 Colon irritable y antigüedad en el trabajo.....	120
4.3.7 Tipos de colon irritable.....	121
4.4 Análisis bivalente entre el colon irritable y el estrés laboral.....	127
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....	133
5.1 Fortalezas y debilidades de la investigación.....	133

5.2 Estrés laboral.....	136
5.3 Colon irritable.....	147
5.4 Relación entre el estrés laboral y el colon irritable.....	152
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES.....	157
CAPÍTULO VII RECOMENDACIONES.....	159
BIBLIOGRAFÍA.....	160
ANEXOS.....	170

JUSTIFICACIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es una entidad patológica bastante frecuente con tasas de hasta el 25 % en nuestra región ⁽²⁾, además, ocupa gran parte de las consultas a médicos generales, y casi el 30% a médicos especialistas.

Sin embargo lo que más llama la atención del síndrome es, el importante impacto negativo sobre la calidad de vida de la persona que lo padece, traduciéndose en importantes; ausentismos laborales, ocupación exagerada de servicios sanitarios, aumento en el consumo de fármacos, produciendo que el costo hacia el estado se eleve considerablemente.

Motivo actual de debate en el tema es, la influencia del estado psicológico y su relación directa con la presentación, forma y la gravedad con la que puede aparecer el SII. Tal es la importancia que ha ganado el estado de la psiquis dentro del SII que actualmente se propone un modelo multifactorial integral que propone incluso la existencia de un eje Cerebro-Intestinal que explicaría la sintomatología, la heterogeneidad en su presentación y un sin número de fallos al momento de realizar intervenciones terapéuticas farmacológicas tradicionales.

El motivo de esta investigación es la realización de un estudio que nos permita conocer la relación del estrés, sobre todo el estrés laboral, con el síndrome de intestino irritable ya que en nuestro medio lamentablemente no contamos con datos acerca de prevalencia de SII y peor aún datos que confirmen si dicha relación es válida en nuestro país. La

investigación se realizará dentro del Hospital IESS de la ciudad de Riobamba, ya que, como es conocido, las personas que trabajan en un medio hospitalario y que diariamente tratan con pacientes, afrontando las más diversas situaciones, están mucho más expuestas al estrés, que el común de la gente. La investigación aportará datos acerca de dicha relación, nos permitirá conocer cómo se comporta para luego realizar intervenciones dirigidas a prevención y posibles tratamientos en el grupo estudiado.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Se sabe que el síndrome de intestino irritable es una entidad patológica funcional frecuente que tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la padece. Según datos de la Asociación Americana de Gastroenterología y de una revisión publicada en la New England Journal of Medicine del 2008 el SII ocupa el casi 30% de las consultas al especialista en gastroenterología⁽¹⁾, además, representan un alto coste a la sociedad, ya que demandan un mayor número de consultas médicas y de estudios paraclínicos; tienen una mayor probabilidad de verse sometidos a cirugías abdominales, especialmente apendicetomías, colecistectomías e histerectomías, y presentan mayor ausentismo laboral y escolar⁽²⁾.

En Brasil el 22% de los pacientes con SII tiene mayor ausentismo laboral, con un rango de 1-5 días al año de falta de asistencia al trabajo ⁽²⁾. Además es importante adicionalmente por el impacto negativo que supone dicha entidad sobre la calidad de vida de las personas diagnosticadas con el síndrome de intestino irritable. Ha ganado gran importancia durante los últimos años la creciente evidencia sobre la relación del estado psicosocial con el apareamiento del SII, tanto así que se a propuesta la existencia de un eje cerebro-intestinal ⁽³⁾, sin embargo la discusión se encuentra en plena vigencia, y muchos aspectos aún permanecen en la oscuridad.

En la época actual se concede una gran importancia a la presencia del estrés, como elemento de gatillaje y puesta en marcha de la sucesión de hechos fisiopatológicos que

provocan la sintomatología de este síndrome.⁽⁵⁾ Es un hecho constatado que el trabajo dentro de la medicina es cada vez más duro y estresante aún con los avances científicos más especializados, como ocurre en los hospitales, y que constituye una profesión de riesgo para el profesional que la ejerce por sus características implícitas, ya que las intervenciones en los facultativos condicionan la salud y la vida de otras personas.⁽⁴⁾

Cada vez son más frecuentes los estudios que demuestran la magnitud de este problema. El estrés es la respuesta de nuestro organismo a todas las presiones a las que está sometido ⁽⁵⁾.

Durante la última década el psicólogo clínico Herbert Freudenberger estudio los problemas físicos generados por un grado de agotamiento excesivo, centrandolo su origen en los profesionales de la salud: los médicos y lo describió como el Síndrome de Burnout ⁽⁴⁾. Este fenómeno es experimentado especialmente por trabajadores que cuidan y ayudan a otras personas como médicos y docentes, es decir, por personas que trabajan en la "relación de ayuda"⁽⁴⁾.

Se han descrito numerosas definiciones del síndrome de Burnout, pero la más aceptada define como una respuesta inapropiada al estrés, caracterizada por agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, cansancio físico y psicológico) despersonalización (distanciamiento emocional de las personas con que trata en el trabajo, desarrollo de sentimiento y aptitudes de cinismo, de carácter

negativo hacia las personas que trabajan a su lado) y falta de logro personal (baja realización personal en el trabajo)⁽⁶⁾.

Para ello se analizará a los empleados del hospital IESS de la ciudad de Riobamba incluyendo personal: médicos tratantes, postgradistas, asistenciales, internos, y personal administrativo, durante los meses de Junio y Julio del 2011. Se trata de un estudio de tipo transversal y descriptivo observacional, que involucra a todo el personal médico y administrativo del hospital durante el periodo anteriormente citado. Como método de búsqueda de síntomas de síndrome de intestino irritable se utilizarán los criterios diagnósticos ROMA III y se realizará la correlación con la escala de Maslach que mide el estrés laboral que es definido bajo el nombre del síndrome de Burnout, el cual trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes; El agotamiento emocional es medido por los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16,20, la despersonalización por los ítems 5,10,11,15,22 y la realización personal por los 4,7,9,12,17,18,19.⁽⁶⁾ Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticarlo⁽⁶⁾.

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

2.1. Síndrome de Colon Irritable

2.1.1. Definición

Actualmente se define a síndrome de intestino irritable (SII) como, una entidad que presenta un trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por la asociación de dolor o molestia abdominal y alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de anomalías estructurales, inflamatorias y bioquímicas ⁽²⁾.

Se lo incluye dentro de los trastornos gastrointestinales de tipo funcional relacionados con la motilidad o sensibilidad intestinal, además, porque hasta el momento no ha podido atribuirse relación con alguna causa orgánica ⁽²⁾. Sin embargo estudios más recientes dan indicios de fenómenos microinflamatorios en el SII ⁽¹⁾. Así, se ha descrito un aumento de los linfocitos intraepiteliales y de los mastocitos (y mastocitos activados) en el colon de los pacientes con SII ⁽⁷⁾.

Muchos estudios también muestran fuerte relación con el estado psicológico de la persona, encontrándose a dicha patología coexistiendo con entidades psicológicas como; ansiedad primaria, somatización, depresión, estrés ⁽¹⁾.

Otros desordenes también muestran relación con el SII tal es el caso de; la fibromialgia, el dolor pélvico crónico y la cistitis intersticial ⁽¹⁾, en cuyos casos el estado psicológico de la persona de igual manera se encuentra comprometido.

Los antibióticos también pueden aumentar el riesgo de síndrome de intestino irritable (SII) y la enfermedad de Crohn, especialmente en niños ⁽⁸⁾. Los investigadores creen que las estos fármacos pueden activar bacterias y otros organismos que crecen en el intestino.

Un equipo de investigadores examinó 580 mil niños durante un período de ocho años y se examinaron los registros de sus recetas y su historia médica. El estudio mostró que en los niños en los que se prescribió al menos un ciclo de antibióticos cuando el estudio iba en el cuarto año, sus probabilidades de desarrollar SII fueron casi el doble.

Se cree que los antibióticos destruyen bacterias saprofitas y otros pequeños organismos conocidos colectivamente como "flora" que ayudan a proteger el intestino, esto hace que el intestino se torne menos tolerante a bacterias dañinas, y la persona sea más susceptible a SII y condiciones similares⁽⁸⁾.

Resulta imprescindible recalcar el importante impacto negativo sobre la calidad de vida que golpea a la persona que lo padece, esto se traduce a un aumento en el uso de los servicios de salud. En un estudio realizado en el 2003 en Estados Unidos se encontró que los costos para el estado en cada paciente que padecía dicha patología se incrementaban entre un 35% a 50% en relación con los que no padecían SII ⁽²⁾.

2.1.2. Epidemiología

El SII es uno de los trastornos de salud más frecuentes en el mundo, con una prevalencia en EE.UU., Europa y Asia del 10-20%, 5-11 y del 17% en la población hispana residente en EE.UU ⁽²⁾. Por otra parte, la variabilidad en las frecuencias aportadas en la bibliografía se puede deber a diferencias culturales o al uso de criterios diagnósticos diferentes que

se utilizaban antes (Manning, Roma I, Roma II.) Muchos estudios epidemiológicos han utilizado los criterios de Manning (gráfico. 2) para el diagnóstico del SII.

En Estados Unidos, la prevalencia es de un 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%(2). En Australia, la prevalencia de SII es del 13%, mientras que en Asia, en un estudio realizado en Bangladesh, alcanza casi el 33%(3). La prevalencia del SII en España es de aproximadamente un 10% cuando se considera para el diagnóstico más de 2 de los criterios de Manning ⁽²⁾.

En 1989, con el fin de mejorar la rentabilidad diagnóstica, se crearon los primeros criterios llamados de Roma: inicialmente fueron los de Roma I; posteriormente, los de Roma II, y recientemente, los de Roma III (gráfico.2). Los criterios diagnósticos de Roma I son los más ampliamente utilizados, con más de una decena de publicaciones en las que se determina la prevalencia del SII en la población general ⁽²⁾.

En Estados Unidos se publicó uno de los primeros trabajos epidemiológicos sobre población general que utilizaba los criterios de Roma I, y encontraba una prevalencia del SII del 9%. Posteriormente, un mismo grupo de investigadores publicó 2 estudios que ofrecieron cifras de prevalencia diferentes encontrándose en el primero una prevalencia de 4% y en el segundo que fue realizado 3 años antes encontraron una prevalencia de 12%⁽³⁾.

Según 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%, y en España, del 3,3%⁽⁷⁾.

En cualquier caso, cuando comparamos los distintos criterios diagnósticos, parece evidente que los criterios de Roma II son más restrictivos en el diagnóstico del SII que los utilizados previamente, de forma que dos tercios de los pacientes diagnosticados de SII con los criterios de Roma I no reunían síntomas suficientes para ser catalogados con este diagnóstico 10 años más tarde ⁽⁷⁾.

No existen muchos estudios de prevalencia en población general con los nuevos criterios Roma III, se asume que las prevalencias serán similares a las ya encontradas con los criterios Roma I por ser menos restrictivos que los criterios Roma II. En cuanto a Latinoamérica, en estudios basados en la comunidad, la prevalencia de SII en Brasil, Colombia, México y Uruguay osciló entre el 9 y el 18%, sin embargo estos estudios fueron realizados entre los años 1998 y 2000⁽²⁾.

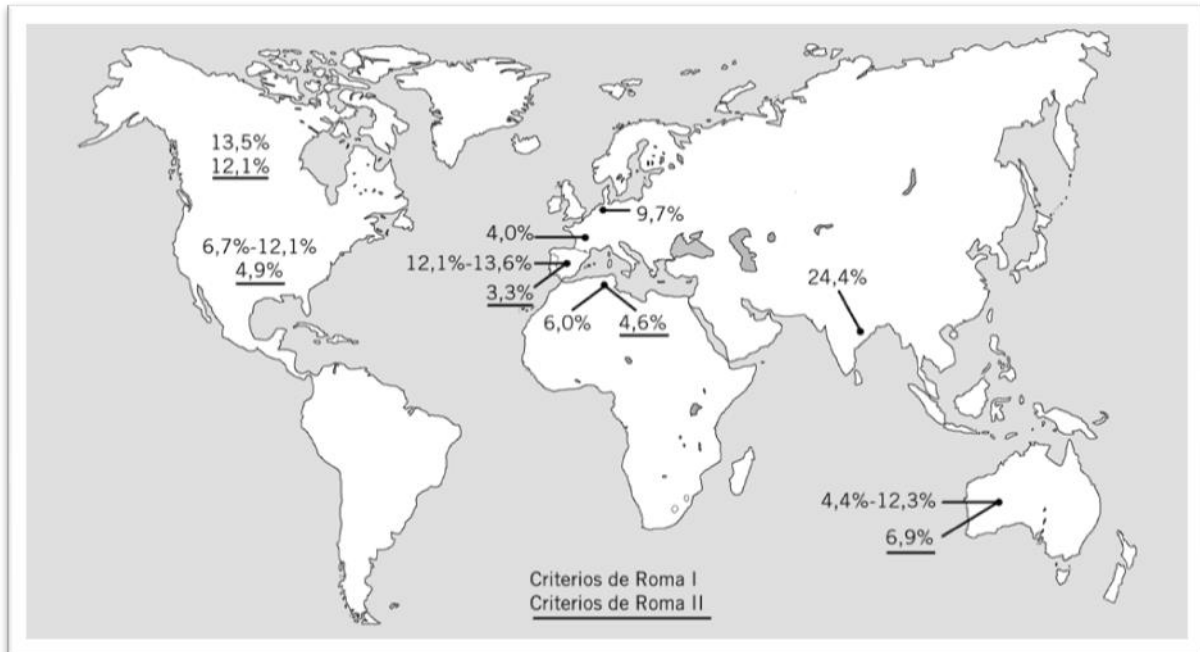


Gráfico.1. Prevalencia del síndrome del intestino irritable en la población general de distintos países aplicando los criterios diagnósticos de Roma I y Roma II. Tomado de la revista Med Clin (Barc). 2007; 128 (9):335-43.

Criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable			
Manning	Roma I	Roma I modificado (Drossman)	Roma II
Más de 2 o 3 de: Dolor abdominal que mejora con la deposición Deposiciones blandas en relación con el dolor Mayor número de deposiciones en relación con el dolor Distensión abdominal Presencia de moco en las deposiciones Sensación de evacuación incompleta	Síntomas continuos o recurrentes de: Dolor abdominal que mejora con la deposición o se asocia a un cambio en la frecuencia o a un cambio en la consistencia de las heces; y/o 2 o más de las siguientes: Alteración de la frecuencia deposicional Alteración en la consistencia de las heces Alteraciones de la deposición (esfuerzo, urgencia, sensación de evacuación incompleta) Moco en las heces Habitualmente con: Hinchazón o sensación de distensión abdominal	Síntomas continuos o recurrentes durante al menos 3 meses de: Dolor o malestar abdominal que mejora con la deposición o se asocia a un cambio en la frecuencia o a un cambio en la consistencia de las heces y alteraciones en la deposición al menos un 25% de las ocasiones; y 3 o más de: Alteración de la frecuencia deposicional Alteración en la consistencia de las heces Alteraciones de la deposición (esfuerzo, urgencia, sensación de evacuación incompleta) Moco en heces Hinchazón o sensación de distensión abdominal	Al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses anteriores de malestar o dolor abdominal junto con 2 o más de: Mejoría con la deposición Asociado a un cambio en la frecuencia de las deposiciones Asociado a un cambio en la consistencia de las deposiciones

Gráfico. 2. Tomado de la revista Med Clin (Barc). 2007; 128 (9):335-43.

En nuestro medio lamentablemente no existen datos epidemiológicos acerca de esta patología, he aquí la importancia de este trabajo de investigación. Se acepta actualmente que la prevalencia mundial de esta patología oscila entre el 10 al 20% en un estudio realizado en el año 2002⁽⁷⁾. De un tercio a la mitad de todos los pacientes con SII buscan ayuda médica (Drossman 1997; Drossman 1988). La mayoría de los pacientes se tratan en la atención primaria, pero con el tiempo del 5% al 10% de los pacientes son remitidos a un especialista⁽⁹⁾.

De todas las derivaciones a gastroenterólogos, finalmente del 25% al 70% se diagnostican con SII⁽¹⁰⁾. Se calcula que el SII tiene un costo de asistencia sanitaria de hasta 1600 euros por paciente por año⁽⁹⁾. Esta afección también provoca deficiencias significativas en el estado funcional, niveles más altos de discapacidad y mayor frecuencia de visitas al médico⁽¹⁰⁾.

Con respecto a estudios que hagan mención a estrés laboral relacionado con SII, existen muy pocos estudios y en nuestro país no se encontró ninguna revisión acerca de la relación que existe entre el estrés y la aparición de los síntomas del SII.

Sin embargo, en un estudio en Venezuela en el año 2009 ⁽⁴⁾, se investigó la relación entre el SII con el estrés laboral evidenciándose que más de la mitad de la población con SII (67,6%) presenta estrés laboral⁽⁴⁾, y la prevalencia fue de 37,3% resultado similar al diagnosticado en el 2001 en 307 médicos de los Estados Unidos donde se reporta un 22,7%⁽¹¹⁾, en médicos anestesiólogos se reporto un 44%, en cirujanos (40%)⁽¹³⁾, internistas intensivistas (46%)⁽¹⁴⁾ y en médicos familiares una frecuencia de 76%⁽¹²⁾.

2.1.3. Influencia del sexo, edad y etnia

Se ha documentado ampliamente que es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino con una relación de aproximadamente 2-1 respectivamente ⁽¹⁾, encontrándose incluso relaciones de 4-1 en un estudio realizado en la población general española ⁽⁷⁾. Vale la pena recalcar que dicha relación es independiente de los criterios diagnósticos utilizados para los diferentes estudios.

Se ha señalado la predominancia del sexo femenino en la percepción de los síntomas del SII. Las mujeres, cuando se las compara con los varones, relatan con mayor frecuencia y mayor variabilidad síntomas gastrointestinales y extraintestinales ⁽¹⁵⁾. Además, el 40% de las mujeres refiere aumento de los síntomas durante el ciclo menstrual, a pesar de que no existen diferencias en las concentraciones plasmáticas de estradiol y progesterona entre aquéllas con y sin SII ⁽¹⁵⁾. Con respecto a la edad de presentación de los pacientes con SII tiene un amplio rango, de 16 a 89 años, con un promedio de 42 años ⁽²⁾.

2.1.4. Etiología y fisiopatología

Muchos factores contribuyen a la aparición del SII. Se han propuesto varios mecanismos fisiopatológicos subyacentes del SII, incluido el trastorno en la motilidad intestinal y el aumento de la sensibilidad visceral. Se considera que la generación de síntomas del SII se debe a una regulación desordenada del funcionamiento motor y sensorial del sistema nervioso entérico y del sistema nervioso central, denominado "eje intestinal cerebral" (Drossman et al 2010, Jones 2006). Aunque los estudios informaron una asociación entre el polimorfismo del transportador de serotonina 5-HTT y ciertos subtipos de SII, no se han identificado antecedentes genéticos únicos para el SII ⁽⁷⁾.

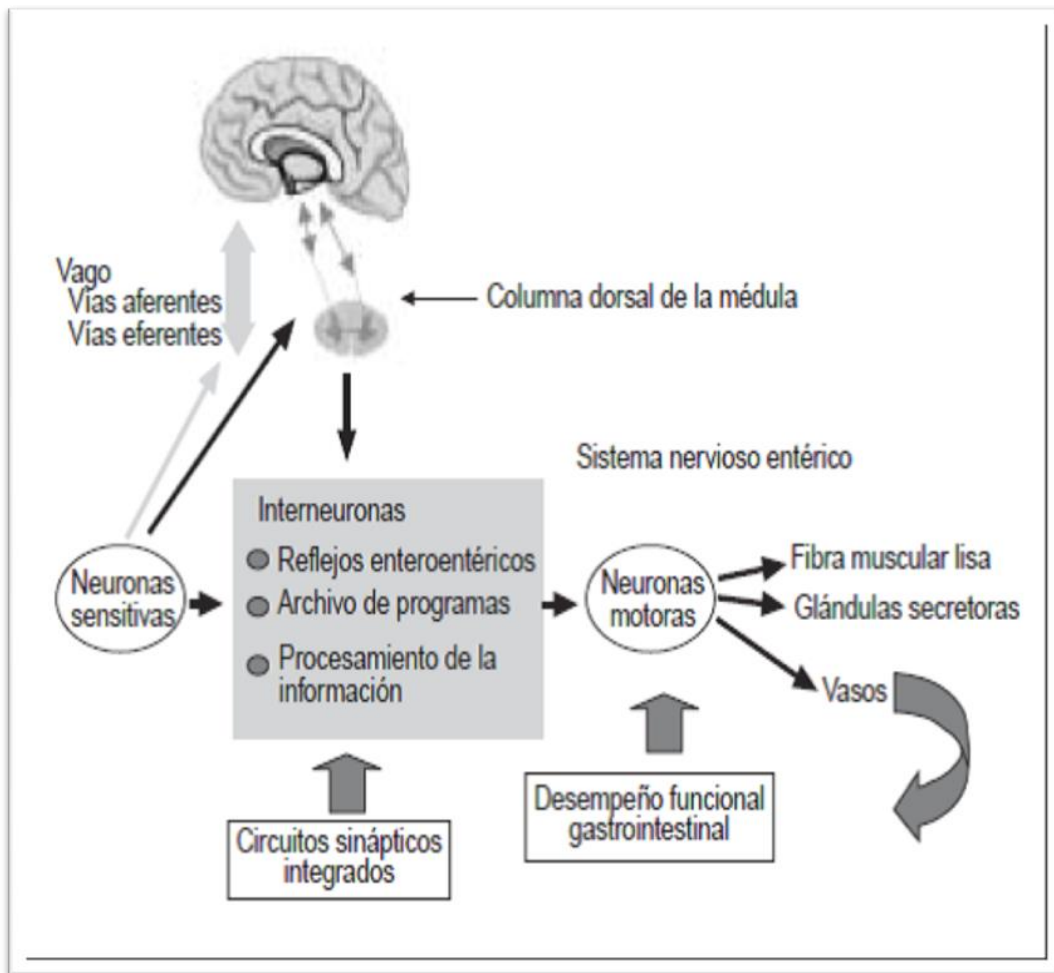


Gráfico. 3. Vías que integran el modelo biopsicosocial. ^{(1) (2) (9) (10)}.

Los factores psicológicos también parecen estar involucrados en la experiencia de la enfermedad del SII, la conducta del enfermo y el resultado clínico ⁽⁷⁾. Los estudios epidemiológicos muestran que la ansiedad y la depresión son más frecuentes en los pacientes con SII que consultan por sus síntomas, comparados con los controles. Estos pacientes también informan un número mayor de eventos vitales ⁽¹⁰⁾. Drossmann y colegas integraron estas vías en un "modelo biopsicosocial"⁽¹⁰⁾ (gráfico.3)

Este modelo describe los factores de vida tempranos (predisposición genética e influencias ambientales) que interactúan con factores psicosociales, así como con el funcionamiento fisiológico del sistema nervioso central y entérico e influyen en la sintomatología gastrointestinal, la respuesta del paciente y el resultado de la enfermedad (p.ej., cantidad de fármacos utilizados, visitas al médico, funcionamiento diario y calidad de vida) ⁽⁷⁾.

2.1.5 Etiología

Genética y familia.

Se ha encontrado evidencia que una historia familiar de SII es de gran importancia para establecer el diagnóstico de esta patología. Familiares de primer grado de pacientes con SII tienen el doble de riesgo de desarrollar SII que los familiares de pacientes que no poseen dicha entidad. Sin embargo estos estudios no pueden diferenciar si hay un componente genético o factores ambientales ⁽³⁾.

Estudios en gemelos.

Se realizaron estudios entre dos grupos de gemelos monocigotos y gemelos dicigotos, encontrándose al principio que existía cierta predisposición más alta de desarrollar la enfermedad en el primer grupo más que en el segundo, sin embargo un estudio más reciente informó que en gemelos dicigotos también era alta la predisposición ⁽³⁾. En resumen los estudios en gemelos sugieren un componente ambiental fuerte y posiblemente una contribución genética muy pobre para contribuir al desarrollo de esta entidad.

Influencias Paternas.

Se ha evidenciado que los hijos de pacientes que padecen SII muchas veces aprenden inconscientemente el comportamiento de sus padres, desarrollando incluso una sintomatología muy similar, que se traduce en mayor uso de servicios sanitarios, ausentismo, más quejas de tipo gastrointestinales, en comparación con los hijos de pacientes que no poseen SII⁽³⁾.

Posibles Genes.

La asociación entre el síndrome de colon irritable y posibles genes que lo causen han sido estudiados. Se ha encontrado polimorfismos en el transportador de serotonina 5HTT, receptores alfa adrenérgicos, interleucina IL-10 y el factor de necrosis tumoral alfa asociados a algunas formas de SII ⁽³⁾. Sin embargo han sido estudios con muestras pequeñas que hacen falta investigación mucho más profunda. Con respecto al transportador de serotonina se asume que en realidad este no esté relacionado con el SII

per se, sino más bien con la reconocida asociación entre los trastornos de ansiedad, depresión y somatización que aparecen en esta entidad, que a su vez explica el componente familiar de esta patología ya que, como se sabe, la somatización si posee un componente muy fuerte de tipo genético⁽¹⁾, y en realidad sea precisamente esto lo que hace encontrar una supuesta relación genética en los estudios con gemelos con respecto al SII.

2.1.6 Fisiopatología

La fisiopatología del SII es extremadamente compleja, porque debemos encontrar explicaciones para síntomas que, al mismo tiempo que carecen de un sustrato orgánico evidente, tienen expresiones clínicas tan opuestas como la diarrea y el estreñimiento⁽⁷⁾. Actualmente, los mecanismos propuestos implican alteraciones en la sensibilidad visceral y en la motilidad intestinal, así como la presencia de factores psicosociales⁽²⁾. En la patogenia de este trastorno se ha ido reconociendo progresivamente el relevante papel que desempeñan los mediadores de la inflamación y de la serotonina entérica en el proceso de sensibilidad visceral y en las alteraciones motoras observadas.

2.1.6.1 Fisiopatología de la hipersensibilidad visceral

La hipersensibilidad visceral es la disminución del umbral doloroso que se expresa como malestar o incomodidad abdominal. Puede demostrarse experimentalmente inflando pequeños balones dentro del recto o del colon⁽²⁾. Los pacientes se quejan de dolor, con volumen y presión menores que los controles normales, y el dolor visceral es de mayor intensidad y más difuso⁽¹⁶⁾. Es un fenómeno observado en cerca del 50 al 60% de los pacientes con SII y se interpreta como una alteración en el procesamiento de la

sensibilidad. Por otra parte, la sensibilidad a estímulos dolorosos somáticos cutáneos no revela diferencia significativa con los controles ⁽¹⁶⁾. Los estímulos aferentes sensoriales se transmiten al sistema nervioso central (SNC) por medio de 2 sistemas: el vago sacral y el espinal. El primero conduce predominantemente informaciones sensitivas no dolorosas, mientras que el segundo transmite informaciones predominantemente nociceptivas. Ambas vías transmiten también informaciones eferentes secretomotoras ⁽¹⁷⁾

Un determinado estímulo nociceptivo periférico, químico o mecánico, estimulará neuronas aferentes que se dirigen al asta dorsal de la médula, llamada primera neurona. En la médula, las dendritas neuronales se ramifican en varios niveles para terminar en más de un nivel medular y hacen sinapsis con una segunda neurona que llevará la información sensitiva a porciones más altas del SNC. Las fibras nerviosas que llevan estas informaciones son los tractos espinotalámico, espinoreticular y la columna dorsal ⁽²⁾.

El tronco cerebral y el tálamo son las estructuras que funcionan como distribuidoras de las informaciones para el cerebro, las que llegan a las áreas de percepción dolorosa viscerosensoriales y áreas que confieren un componente afectivo al estímulo ⁽²⁾.

Hay áreas sensitivas de la corteza cerebral que están relacionadas con la intensidad del dolor, mientras que los centros límbicos ofrecen el resultado final emocional de la experiencia dolorosa. Varios circuitos cerebrales participan simultáneamente en el procesamiento de estas informaciones, y las áreas en el giro cingulado y en el tálamo parecen ser críticas en el procesamiento emocional de la información ⁽²⁾.

Una vez que el SNC ha percibido el dolor, se emite un estímulo eferente y se realizan sinapsis en el bulbo y en el puente. Esto se traducirá en la liberación de sustancias

serotoninérgicas u opiáceas y permitirá que este estímulo se inhiba o amplíe en el asta dorsal de la médula. Estas neuronas también puede liberar noradrenalina, y tanto ésta como la serotonina pueden liberar opiáceos de las neuronas localizadas en el asta dorsal de la médula ⁽²⁾.

Para que se dé el fenómeno de la hipersensibilidad visceral una posibilidad teórica sería que se produjeran alteraciones en la función en las diferentes áreas de procesamiento de la información sensitiva, es decir, tanto en el sistema nervioso entérico como en la médula o en los centros más altos del SNC.

Las alteraciones de la sensibilidad suceden simultáneamente en los 3 niveles. La expresión «eje cerebro-intestino» (*gut-brain axis*) se creó para describir esta relación directa entre el SNC y el tubo digestivo⁽²⁾: acontecimientos importantes que se originan en el SNC, a través de la percepción por los órganos de los sentidos y por las emociones, pueden interferir en la función del aparato digestivo, del mismo modo que enfermedades intestinales pueden provocar reacciones relevantes en el SNC (p. ej., depresión o ansiedad provocadas por una infección intestinal o una enfermedad inflamatoria intestinal).

Existen evidencias de que los neurotransmisores que participan en el complejo mecanismo de percepción en la pared intestinal pueden funcionar de manera inadecuada en los pacientes con SII. Entre ellos destacan los distintos receptores de la serotonina, principalmente de los tipos 5-HT₃ y 5-HT₄, las neurocininas y el péptido relacionado con el gen de la calcitonina, los cuales pueden inhibir dolores agudos periféricos. Otros mediadores como la bradicinina y la histamina probablemente también participan en este proceso. En la médula, el péptido relacionado con el gen de la calcitonina y las neurocininas y, en el SNC, el Nmetil- D-aspartato y la corticotropina también participan en

el proceso de percepción de dolor agudo que se puede inhibir con antagonistas específicos. Si estos mecanismos se vuelven más sensibles, como en situaciones con mucosa inflamada (estimulación periférica o medular) y factores de estrés psicosociales, como abuso sexual (estimulación central), se pueden explicar el desencadenamiento y la persistencia de los síntomas en pacientes con SII. La hormona liberadora de la corticotropina aumenta en situaciones de estrés y muy probablemente participa de manera importante en las diferentes áreas del sistema nervioso, dando lugar tanto a hipersensibilidad visceral como a alteraciones motoras en estos pacientes ^{(16) (17)}.

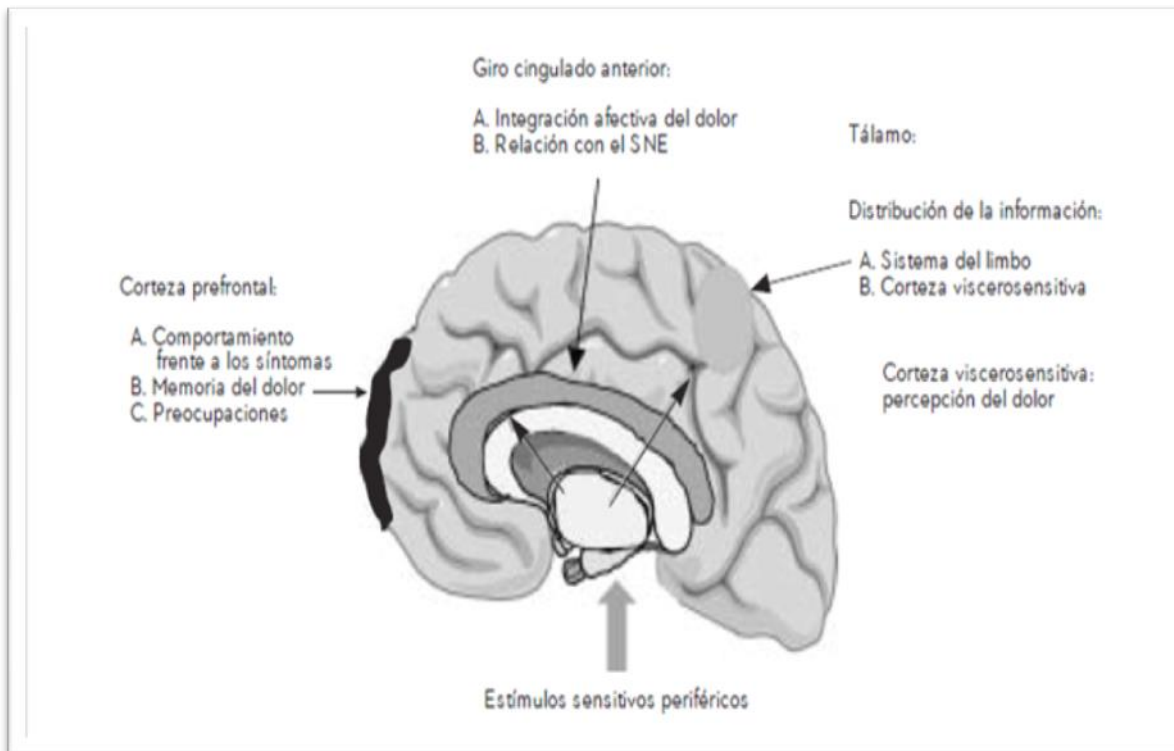


Gráfico. 4. Áreas del cerebro relacionadas con la sensibilidad visceral. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Estudios que evalúan el flujo sanguíneo como indicador de activación cerebral, a través de imágenes registradas por tomografía por emisión de positrones o por resonancia magnética funcional, señalan que distintas áreas del cerebro se comportan de manera

diferente frente a un estímulo doloroso periférico en poblaciones de pacientes con SII si se les compara con controles sanos. Las áreas que se ha demostrado que responden a este tipo de estímulo son el giro cingulado anterior, la corteza de la ínsula, el tálamo y la corteza prefrontal. Los estímulos, tanto si son reales como si tan sólo se prevén dichos acontecimientos, estimulan estas áreas de manera diferente en los pacientes con SII. Se observa un aumento de conexiones entre el giro cingulado anterior y el lóbulo prefrontal en pacientes con SII, lo que podría explicar el estado de hipervigilancia observado en algunos de estos pacientes. La activación del giro cingulado anterior se correlaciona con la intensidad del dolor manifestado por los pacientes ⁽²⁾ ⁽¹⁸⁾. También se ha observado que acontecimientos psicosociales como los abusos, por ejemplo, pueden alterar la actividad del giro cingulado anterior.

Un estudio en México ha demostrado que el chile en la dieta disminuye la tolerancia al dolor en respuesta a la distensión rectal. Esto contrasta con otros estudios que han mostrado un efecto analgésico de dicho componente, y esto probablemente se debe a diferencias en las dosis utilizadas, ya que se sabe que dosis altas de capsaicina producen apoptosis celular y por tanto analgesia, mientras que dosis bajas pueden estimular los receptores de la capsaicina en las terminales nerviosas⁽²⁾.

2.1.6.2 Fisiopatología de las alteraciones de la motilidad intestinal

Cualitativamente, parece no haber alteraciones motoras específicas del SII. Por lo tanto, resulta difícil entender cómo algunos pacientes presentan una aceleración de tránsito del colon, expresado clínicamente por evacuaciones con diarrea, mientras que en otros éste está disminuido y presentan estreñimiento, y en un tercer grupo se alternan estos 2 síntomas⁽⁷⁾.

La alteración motora más consistentemente observada en pacientes con SII es la presencia de una respuesta motora exacerbada a varios estímulos, tales como ingestión de alimentos, estrés psicológico, distensión del intestino con balón, colecistoquinina, hormona liberadora de corticotropina y fármacos colinérgicos (neostigmina). Los mecanismos involucrados en esta hiperreactividad motora parecen estar relacionados con el funcionamiento de las interrelaciones entre el sistema nervioso entérico y las fibras musculares lisas del tubo digestivo ^{(9) (10)}. Algunos pacientes con estreñimiento presentan disminución de las células intersticiales de Cajal en el colon. Estas células tendrían una función de marcapaso en la actividad eléctrica que regula la motilidad del colon. El reflejo gastrocólico exacerbado es un ejemplo de hiperactividad motora desencadenada por la alimentación ⁽²⁾.

El exceso de gases y la distensión abdominal, referida con mucha frecuencia por los pacientes, probablemente se relacionan con la retención de gas en el intestino más que con un aumento de la producción de gases ⁽⁸⁾.

Los otros síntomas; urgencia para evacuar, sensación de evacuación incompleta o dolor relacionado con la actividad motora del colon— son más bien una manifestación de la hipersensibilidad visceral que de una alteración de la motilidad ^{(2) (3)}.

2.1.7 Papel de la inflamación en la patogenia del síndrome del intestino irritable.

Aproximadamente entre el 6 y el 30% de los pacientes con SII señalaron que sus síntomas se habían iniciado después de un episodio indicativo de infección intestinal aguda. Esta observación apoya la hipótesis de que en un subgrupo de pacientes con SII

los síntomas pueden ser debidos a alteraciones funcionales relacionadas con el proceso inflamatorio y provocados por las bacterias patógenas del intestino. Sin embargo, no se han demostrado alteraciones histológicas en las biopsias de colon de estos pacientes ⁽¹⁹⁾. Recientemente, en un grupo de pacientes con cuadro de SII postinfección por *Campylobacter enteritis* se observó un aumento de células enterocromafines, que producen más 5-HT y CD3 que liberan más citocinas, lo que altera la motilidad y reduce el umbral visceral por un período de hasta un año después del episodio de infección. El resultado final sería la sensibilización de las vías aferentes sensitivas y el aumento de la actividad propulsora y de la secreción de agua y electrolitos hacia la luz intestinal. El aumento de las células enterocromatofines podría tener implicaciones con la producción aumentada de serotonina en la mucosa del colon de estos pacientes ^{(3) (19)}.

Otros estudios demuestran que acontecimientos psicosociales en el momento que los pacientes presentan un cuadro de diarrea infecciosa tienen una influencia significativa en el desenlace clínico al actuar como factores de perpetuación de los síntomas de SII. Los factores de riesgo para el desarrollo de SII postinfeccioso serían la duración del episodio infeccioso, el sexo femenino, la hipocondriasis, el estrés en el momento del cuadro infeccioso y factores bacterianos mal definidos ^{(19) (7)}.

El significado de la infección como acontecimiento que desencadena el SII se desconoce en los países de Latinoamérica. Hay regiones pobres de Brasil en las que la población presenta más de 10 episodios anuales de infección intestinal. Sin embargo, no existe evidencia epidemiológica de que en Brasil el SII sea más frecuente en estas poblaciones, como sería de esperar si del 7 al 30% de esta población desarrollase SII postinfeccioso ⁽²⁾.

2.1.8 Papel de los acontecimientos psicosociales

Se ha propuesto un modelo en que las variables genéticas asociadas a eventos psicosociales tempranos en la vida de las personas pueden tener repercusiones que aparecerán a lo largo de la vida en términos del funcionamiento del aparato digestivo y de susceptibilidad a determinados procesos patológicos, y que a su vez influirían en la experiencia que la persona tenga de su síntoma y en el desenlace clínico de la enfermedad^{(7) (2)}. Las variables que deben considerarse dentro de este modelo son:

1. Experiencias en la vida: actitudes de compensación o gratificación familiar frente a enfermedades, pérdidas de cualquier naturaleza y maltrato físico o abuso sexual.
2. Refuerzo del comportamiento del enfermo. Los pacientes con SII tienden a tener más síntomas somáticos y utilizan más el sistema de salud por síntomas menores.
3. Antecedente de maltrato físico y abuso sexual. En la población general, en atención primaria, los pacientes con SII tienen 3 veces más antecedentes de abuso sexual. Se han planteado 2 posibilidades para explicar esta relación: a) la situación de abuso desencadena directamente el SII por alteraciones relacionadas con estrés en el SNC, y b) el antecedente de abuso sería un elemento catalizador de las alteraciones psicológicas y de la hipersensibilidad visceral, ya existentes en el SNC de estos pacientes^{(3) (5)}.
4. Relación entre síntomas psiquiátricos y SII. Existe una relación directa entre la gravedad de los síntomas de SII y los síntomas psicológicos (comorbilidad)⁽²¹⁾.

2.1.9 Manifestaciones Clínicas

2.1.9.1 Síntomas Gastrointestinales

Dolor abdominal crónico.

Los pacientes pueden describir casi cualquier tipo de dolor o malestar, pero usualmente lo señalan como de tipo cólico o calambre intestinal de intensidad variable y aparición periódica, casi siempre localizado en el abdomen inferior y muy a menudo en el flanco izquierdo. Con frecuencia su inicio se asocia a estrés o comidas y se alivia con la defecación⁽²⁾.

El dolor es de predominio diurno y desaparece o mejora en la noche, sin generar insomnio de conciliación, y nunca se asocia a anorexia, desnutrición o pérdida de peso. El dolor debe estar siempre presente en los pacientes con diagnóstico de SII⁽¹⁵⁾.

Alteración del hábito intestinal

Por definición, al igual que el dolor, los pacientes deben tener alteración del hábito intestinal, en ocasiones muy difícil de precisar dado el rango tan amplio, universalmente aceptado, de normalidad en el número y consistencia de la defecación. Los pacientes pueden quejarse de diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos, y su distribución según un estudio europeo puede ser la siguiente: predominio de estreñimiento en el 47% de los casos, predominio de diarrea en el 26% y con alternancia en el 27%. Por otro lado, el hábito intestinal predominante puede condicionar otros síntomas, como son la distensión y el dolor en el bajo vientre y la sensación de evacuación incompleta⁽¹⁵⁾.

La diarrea del SII es semiológicamente característica de intestino grueso: frecuente, de volumen pequeño o moderado, postprandial y urgente, y se puede acompañar de moco y sensación de evacuación incompleta. No debe tener sangre. Casi siempre ocurre durante la jornada laboral y especialmente en horas matutinas ⁽²⁾. El estreñimiento, que puede durar días o meses o alternarse con episodios de normalidad o diarrea, casi siempre se expresa como la presencia de heces muy duras, caprinas, asociadas a sensación de evacuación incompleta, distensión rectal, aumento del esfuerzo defecatorio, tiempo de evacuación prolongado y uso crónico de enemas o laxantes ^{(2) (3)(15)}.

“Los síntomas claves incluyen no solo el dolor ya descrito arriba sino también el discomfort (sensación incómoda no descrita como dolor, según los criterios ROMA III). Con alteraciones en el hábito intestinal y anomalías con la defecación. Un dolor que no tenga dichas asociaciones debe ser investigado a fondo para descartar neoplasias, colon inflamatorio por cualquier causa, enfermedades urogenitales o musculoesqueléticas”⁽³⁾.

2.1.9.2 Otros síntomas

Otros síntomas digestivos predominantes son la distensión abdominal, la eliminación de moco por el recto y la sensación de evacuación incompleta. Tienen una frecuencia de aparición menor y no son claves para el diagnóstico basado en criterios del SII ^{(2) (15)}.

Síntomas extradigestivos

La frecuencia de aparición de síntomas o de entidades extradigestivas, asociados o no realmente al SII (relación de causalidad o relación de asociación no causal), es muy amplia y en gran parte se da por la alta frecuencia de aparición del síndrome en la

población general. Existe, sin embargo, una asociación demostrada entre el SII y la disfunción sexual, la dispareunia, la dismenorrea, la polaquiuria y el tenesmo vesical, la hipertensión arterial sistémica, la hiperreactividad bronquial y la fibromialgia, amplia y en gran parte se da por la alta frecuencia de aparición del síndrome en la población general⁽³⁾.

2.1.9.3 Factores psicológicos

Aproximadamente dos tercios de pacientes referidos al gastroenterólogo muestran algún grado de estrés psicológico, más comúnmente ansiedad ⁽¹⁾. Esto no necesariamente resulta fácil de reconocer ya que la mayoría de pacientes tienden a ocultar sus sentimientos. La hostilidad puede resultar evidente, de manera especial en pacientes que ya han realizado consultas previas con otros profesionales de la salud y no se han sentido conformes con estas ^{(2) (3)}. Ya que el intestino irritable tiene una muy fuerte asociación con el estado psicológico de la persona, que incluso se ha aceptado que existe un eje cerebro-intestinal, resulte inherente investigar el estado de estrés que sufre o han sufrido los pacientes, por lo menos en el último año⁽¹⁾.

Es interesante también investigar sobre historia familiar pasada o actual de SII, ya que como se sabe tiene un patrón familiar importante en el cual también resalta la clara influencia de la psiquis ⁽²⁰⁾.

2.1.9.4 Examen físico

El examen físico usualmente no revela ninguna anormalidad dentro de este grupo. Un examen general para buscar síntomas de enfermedades sistémicas debe ser realizado

seguido de un examen abdominal. Esto incluye preguntar al paciente para que indique el área exacta del dolor, notar si es difuso o localizado ⁽⁷⁾. El dolor visceral es pobremente localizado, por lo tanto, un dolor bien localizado es atípico y se debe pensar en un diagnóstico alterno. El dolor abdominal de la pared originado por la presencia de alguna hernia, daño muscular local, o terminaciones nerviosas atrapadas pueden ser identificadas rápidamente con la maniobra de Carnett, que consiste en pedir al paciente que cruce sus brazos alrededor del pecho y posteriormente levante su cabeza en contra de una pequeña resistencia proporcionada por parte del examinador⁽¹⁵⁾⁽³⁾. Examinar la región perianal y el recto será apropiado en la mayoría de los casos, especialmente aquellos que presentan diarrea, sangrado rectal, y desordenes de la defecación ⁽⁷⁾.

2.1.10 Signos de Alarma

Sangrado rectal, anemia, pérdida de peso, síntomas nocturnos, historia familiar de cáncer de colon, examen físico anormal, uso reciente de antibióticos, edad de inicio mas de 50 años, sexo masculino y una historia reciente y de pequeña evolución de síntomas, deben ser todos cuidadosamente evaluados antes de realizar el diagnóstico de de SII, por la posibilidad de una causa inflamatoria o neoplásica. Como sea, hay que saber que un sangrado pequeño del ano acompañado de disconfort anal es extremadamente común y no excluye el diagnóstico de SII ⁽³⁾.

La asociación de coloproctólogos de Gran Bretaña e Irlanda, dentro del manejo de cáncer colorectal, recomiendan que, el sangrado rectal combinado con cambios en hábitos intestinales y en ausencia de síntomas anales deba ser investigado a profundidad, porque un significativo número de pacientes tendrán cáncer colorectal ⁽²⁾.

Un estudio reciente en Australia indica tener más de 50 años acompañado de sangrado rectal de cualquier tipo, fueron significativamente comunes en aquellas personas que al final del estudio presentaron una enfermedad orgánica ⁽¹⁵⁾.

2.1.11 Diagnóstico

Durante mucho tiempo se ha considerado que el diagnóstico del SII debía hacerse por exclusión, pero actualmente se han realizado diversos esfuerzos para obtener un diagnóstico positivo. Los intentos se han encaminado en diferentes direcciones: a) una mejor definición de los criterios clínicos; b) la búsqueda de estímulos que desencadenasen respuestas motrices o sensitivas específicas en pacientes con SII, y c) la investigación a escala microscópica de procesos de inflamación o microinflamación que pudieran estar relacionados con el síndrome⁽²⁾.

2.1.11.1 Criterios diagnósticos clínicos

Los primeros criterios utilizados para diagnosticar el SII fueron los publicados por Manning. Los aspectos fundamentales valorados por los «criterios de Manning » eran el dolor que se alivia con la defecación, un aumento de la frecuencia deposicional coincidente con la aparición del dolor, que las heces sean más blandas coincidiendo con el dolor, que se observe distensión abdominal, que haya moco en las heces y la sensación de evacuación incompleta⁽⁷⁾.

En estudios posteriores se observó que, de estos 6 criterios, los 3 primeros tenían un mayor valor predictivo diagnóstico, mientras que los 3 últimos eran de menor utilidad. Es de destacar, no obstante, que los criterios de Manning sólo consideraban la diarrea asociada al SII, sin tener en cuenta un posible estreñimiento. Posteriormente, en 1992, se acordaron otros criterios, en teoría más precisos y que además incluían el estreñimiento como uno de los posibles síntomas del SII: fueron los llamados «criterios de Roma» (tabla1)⁽²³⁾. En 1999 estos criterios fueron modificados con el fin de precisar aún más la definición del SII; se especificaba que la molestia o el dolor abdominal debían estar presentes al menos 12 semanas en los últimos 12 meses, además de las alteraciones en el hábito deposicional. Estos eran los criterios de Roma II ⁽²²⁾ que se ha utilizado hasta hace poco (tabla 1). Estos criterios han resultado muy útiles a la hora de seleccionar a los pacientes para estudios fisiopatológicos o incluirlos en ensayos clínicos; sin embargo, al ser excesivamente estrictos en los aspectos de duración y frecuencia de los síntomas, su utilización ha subestimado la verdadera prevalencia del SII y, lo que es clínicamente más relevante, los ha hecho poco útiles en la práctica diaria ⁽⁷⁾. En este punto hay que destacar que los criterios diagnósticos clínicos del SII deben ser aplicables tanto para estudios epidemiológicos como para la práctica clínica o la selección de pacientes para ensayos clínicos. Por ello se creó el Comité Internacional de Trastornos Funcionales Intestinales Roma III, con el fin de modificar los criterios diagnósticos, mejorarlos y hacerlos más prácticos y asequibles ⁽⁴⁾.

2.1.12 ROMA III

Los criterios iniciales ya mencionados fueron modificados en varias ocasiones hasta publicarse en 1999 los criterios de Roma II, en los que se habían incorporado nuevos conocimientos y más evidencias científicas. No obstante, el tiempo y su aplicación

demonstraron que tenían diversas limitaciones y que claramente podían ser mejorados. Con esta intención nacieron los criterios de Roma III, que fueron publicados en abril de 2006 ^{(1) (3)}. El proceso de elaboración de los criterios de Roma III duró 5 años y en él ha participado un total de 87 expertos en los distintos temas ⁽⁷⁾.

Los cambios principales de los criterios de SII de Roma III con respecto a los criterios previos de Roma II fueron los siguientes: a) se ha modificado el tiempo de evolución necesario para establecer el diagnóstico; ahora basta con que los síntomas hayan aparecido al menos 6 meses antes y estén actualmente activos durante 3 meses, lo que los hace menos restrictivos que los utilizados en Roma II (12 semanas de síntomas en los últimos 12 meses); b) los subtipos del síndrome del intestino irritable se han revisado de tal forma que la diarrea, el estreñimiento y el tipo mixto se determinan fundamentalmente por la consistencia de las heces, y c) el síndrome del dolor abdominal funcional se ha separado de los trastornos intestinales digestivos y ahora es una categoría independiente; el motivo es su relación con alteraciones en el procesamiento nociceptivo a nivel central más que con alteraciones propiamente funcionales del intestino (factores psicológicos) ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁷⁾.

Criterios diagnósticos de Roma III del síndrome del intestino irritable

Dolor o molestia* abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses relacionado con 2 o más de los siguientes:

- Mejoría con la defecación
- Comienzo coincidente con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Comienzo coincidente con un cambio en la consistencia de las deposiciones

*Como molestia se entiende una sensación desagradable que no se describe como dolor. En los estudios fisiopatológicos y en los ensayos clínicos, la frecuencia de dolor o molestia abdominal debe ser de al menos 2 días por semana durante el período de inclusión. Los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas, haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

Gráfico. 5. Tomado de la guía de Criterios ROMA III de trastornos gastrointestinales funcionales para SII, 2006 ⁽²³⁾.

El diagnóstico de SII se realiza de la siguiente manera:

Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses junto con 2 o más de los siguientes: a) mejora con la defecación; b) el comienzo coincide con un cambio en la frecuencia de las deposiciones, y c) el comienzo coincide con un cambio en la consistencia de las deposiciones. En cuanto a los requerimientos de duración de las molestias, hay que tener en cuenta que los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas deben haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico. (gráfico.5) ⁽²³⁾.

2.1.12.1 Subtipos del Síndrome de Intestino Irritable

La experiencia clínica demuestra que el SII es muy heterogéneo y que sus manifestaciones sintomáticas son diversas.

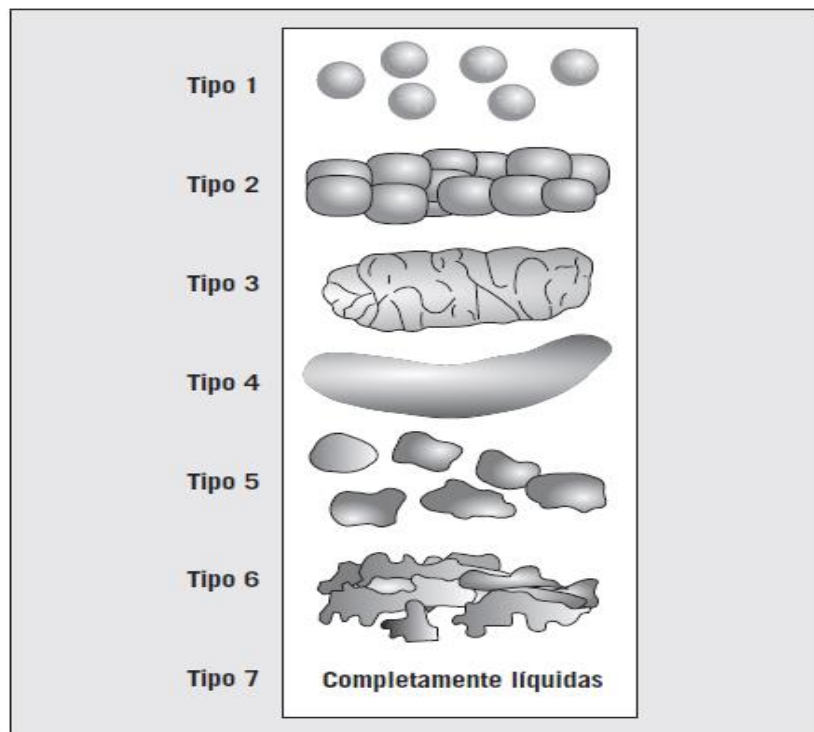


Gráfico 6. Clasificación de las deposiciones según su forma y consistencia: Escala de Bristol ⁽⁹⁾.

“Posiblemente el hecho más llamativo es que en este síndrome se incluye tanto a pacientes con estreñimiento como con diarrea o con alternancia de ambos”⁽²³⁾.

Por este motivo, según los criterios de Roma III, los subtipos se establecen por la consistencia de las deposiciones evaluada según la escala de Bristol (gráfico.6). De esta forma, si más del 25% de las deposiciones corresponden a los tipos 1 o 2, se considera que el paciente tiene SII con estreñimiento; si más del 25% de las deposiciones son del tipo 6 o 7, se considera que el paciente tiene SII con diarrea; si hay más del 25% de ambas (tanto 1 o 2 como 6 o 7), se establece el diagnóstico de SII con hábito deposicional mixto, posicional no clasificable. El término alternante se reserva para los cambios en períodos prolongados^{(15) (23)}.

2.1.13 Tratamiento

2.1.13.1 Medidas Generales

En el tratamiento de cualquier enfermedad, pero especialmente en los trastornos funcionales digestivos, es necesario establecer una relación médico-paciente efectiva. Un porcentaje importante de los pacientes con SII presentan episodios sintomáticos durante años, por lo que es necesaria una relación de apoyo a largo plazo^{(3) (15)}.

Relación médico-paciente

Algunos estudios sugieren que establecer una relación terapéutica con el paciente se asocia a una disminución del número de visitas, una mayor satisfacción del paciente e incluso una reducción de su sintomatología.

Es aconsejable tener en cuenta los siguientes elementos para una relación médico-paciente terapéutica: 1) explicar exhaustivamente y con un lenguaje asequible la enfermedad, 2) escuchar atentamente al paciente y determinar la comprensión de su patología y sus dudas (respondiendo a ellas), 3) establecer unos límites realistas y consistentes, 4) implicar al paciente en el tratamiento⁽²³⁾.

Un estudio antes-después¹³⁴ en 67 pacientes con SII evaluó el efecto de una estrategia que consistía en dos consultas estructuradas con un gastroenterólogo. Este estudio concluyó que, en comparación con los dos años previos a la intervención, se redujo significativamente el número de visitas ambulatorias por causas gastroenterológicas. La calidad del estudio es limitada puesto que no controló factores como el porcentaje de pacientes que recibieron medicación o tratamiento psicológico⁽²⁾.

Cambios en el estilo de vida (evidencia C)

Se han utilizado algunas intervenciones de forma empírica en los pacientes con SII, como el promover la realización de ejercicio físico, seguir una dieta equilibrada y el dedicar un tiempo suficiente y adecuado para la defecación.

Aunque no se dispone de evidencia científica sólida, estas intervenciones pueden mejorar los síntomas y por tanto la calidad de vida de determinados pacientes. Otras medidas propuestas son la realización de un diario de síntomas y hábitos dietéticos que podrían ayudar a identificar la causa que lo desencadena ⁽³⁾ ⁽¹⁵⁾.

2.1.13.2 Factores dietéticos (evidencia C)

Algunos pacientes pueden atribuir sus síntomas a factores dietéticos, por lo que suelen pedir recomendaciones. En algunos pacientes, el sorbitol (edulcorante), la cafeína, el alcohol, las grasas o la leche pueden exacerbar los síntomas¹³⁶ aunque una Revisión sistémica con algunos errores metodológicos no obtuvo resultados concluyentes sobre una posible intolerancia alimentaria o una asociación con el consumo de lactosa, cafeína o sorbitol ⁽²⁾. Otra revisión sistémica concluyó que un 15-71% de pacientes mejoraron su sintomatología con una dieta de exclusión. Los alimentos implicados en la sintomatología de los pacientes fueron principalmente la leche, el trigo y los huevos, aunque el café y los frutos secos fueron identificados en algunos estudios. Ninguno de estos cumplió los mínimos criterios de calidad y validez previamente establecidos ⁽³⁾.

En un ensayo clínico aleatorizado (ECA) reciente los pacientes fueron aleatorizados a recibir una dieta con exclusión de aquellos alimentos a los cuales tenían anticuerpos IgG o bien a una dieta control. A pesar de que hubo una reducción superior de la sintomatología en el grupo de tratamiento, algunas limitaciones metodológicas de este ECA ponen en duda su validez ⁽²⁾.

Aunque tradicionalmente se han recomendado los alimentos ricos en fibra para los pacientes con SII, su uso en los pacientes con diarrea es controvertido y no alivia el dolor abdominal.

Una revisión sistemática y meta-análisis más reciente ha demostrado que la fibra, los antiespasmódicos y el aceite de menta son más eficaces que el placebo en el tratamiento de la irritabilidad Síndrome del intestino. El número necesario a tratar para evitar que un paciente que tiene síntomas persistentes fue de; 11 para la fibra, 5 para los antiespasmódicos y 2.5 para el aceite de menta ⁽²⁴⁾

2.1.13.3 Formadores de masa fecal (evidencia C)

Fibra

Una Revisión Sistemática cuantificó los efectos de los diferentes tipos de fibra (solubles e insolubles) en la mejoría global y sintomática de los pacientes con SII. Los estudios incluidos fueron de baja calidad metodológica, con tamaños muestrales pequeños y algunos de ellos con un diseño simple ciego o abierto.

Los pacientes con SII y estreñimiento mejoraron su sintomatología con la fibra (Riesgo relativo (RR) 1,56; IC 95%: 1,21-2,02), a excepción del dolor abdominal. Los dos tipos de fibra tuvieron efectos distintos en los síntomas globales del SII. El riesgo relativo de la mejoría global con fibra soluble (ispagula, psilio) fue de 1,55 (IC 95%: 1,35-1,78). En el caso de la fibra insoluble (salvado de trigo y fibra de maíz), ninguno de los estudios mostro que esta fuera superior al placebo e incluso mostro una tendencia negativa en la sintomatología global (RR 0,89; IC 95%: 0,72-1,11)^{(15) (25)}.

2.1.13.4 Laxantes (evidencia D)

A pesar de que los laxantes estimulantes (fenolftaleína, sen, bisacodilo) y osmóticos (sulfato de magnesio, lactulosa, polietilenglicol) han mostrado su eficacia en el tratamiento del estreñimiento, no se dispone de ECA (estudios clínicos aleatorizados) que evalúen su eficacia en el SII. Los supositorios y los enemas pueden ser de utilidad en ocasiones en pacientes con estreñimiento grave asociado a SII, aunque tampoco se han identificado ECA con estas intervenciones.

2.1.13.5 Antidiarréicos (evidencia B)

Loperamida

Una Revisión sistemática examino tres ECA de baja calidad metodológica, mostrando que la loperamida es un tratamiento efectivo para la diarrea, pero sin diferencias respecto a placebo en la sintomatología global del SII, el dolor o la distensión abdominales. Dado su mecanismo de acción (inhibe la motilidad intestinal), no debería usarse en pacientes con

SII y estreñimiento y debería usarse con precaución en pacientes con SII que tienen episodios alternantes de diarrea y estreñimiento ⁽¹⁵⁾.

Espasmolíticos (evidencia C)

La base farmacológica para el uso de los espasmolíticos como tratamiento para el SII está relacionada con su efecto inhibidor de la motilidad intestinal.

Una Revisión sistémica evaluó los ECA realizados con dicitlomina e hiosciamina (tres) y solamente uno de ellos (con dicitlomina) mostro una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas globales del SII en el grupo de tratamiento en comparación con el placebo, mientras que en los otros dos no hubo diferencias entre ambos grupos ⁽¹⁵⁾.

Otra Revisión Sistémica analizó la eficacia de seis fármacos: bromuro de cimetropro, bromuro de butilescopolamina, mebeverina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio y trimebutina. Los resultados del metanálisis mostraron un porcentaje medio de pacientes con mejoría global del 38% en el grupo placebo y del 56% en el grupo tratado con espasmolíticos El porcentaje de pacientes con mejoría del dolor fue del 41% en el grupo placebo y del 53% en el grupo de tratamiento y no hubo diferencias significativas en relación a los efectos adversos. A dosis altas, los espasmolíticos anticolinérgicos (bromuro de butilescopolamina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio y trimebutina) pueden provocar alteraciones visuales, retención urinaria, estreñimiento o sequedad de boca ⁽¹⁵⁾.

Los anticolinérgicos (evidencia B) mostraron también efectividad en el dolor abdominal y la sintomatología global en una revisión de la Cochrane publicada recientemente ⁽²⁶⁾.

2.1.13.6 Fármacos con acción en el sistema nervioso

1.- Fármacos que actúan sobre los receptores de serotonina.

La serotonina se localiza principalmente en las células enterocromafines intestinales regulando varias funciones gastrointestinales, como la secreción, la motilidad o la sensibilidad visceral, a través de la activación de numerosos receptores distribuidos en las terminaciones nerviosas motoras y sensitivas ⁽¹⁵⁾.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son ampliamente prescrito y bien tolerado en el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatización. Ha habido cuatro los ensayos controlados aleatorios en el SII, pero sólo uno de tamaño razonable. Este ensayo a gran costo-efectividad mostró que una dosis estándar de un antidepresivo conduce a una significativa mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, sin costo adicional en pacientes con hepatitis crónica o resistente al tratamiento de SII ^{(3) (27)}.

2.- Agonistas de los receptores de serotonina tipo 4

Tegaserod (evidencia A)

Tegaserod es un agonista parcial de los receptores de serotonina tipo 4 (5-HT₄) Este fármaco estimula el reflejo peristáltico, acelera el tránsito intestinal y reduce la sensibilidad visceral.

Una revisión Cochrane del año 2003 evaluó la eficacia y la tolerancia del Tegaserod para el tratamiento del SII, mostrando una mejoría de los síntomas globales gastrointestinales en mujeres con estreñimiento, aunque sin modificar el malestar ni el dolor abdominal. Los ECA incluidos se realizaron principalmente en mujeres, por lo que los autores no pudieron aportar información respecto a este mismo tratamiento en hombres^{(2) (15)}.

Según la valoración de los pacientes, la mejoría global de los síntomas gastrointestinales fue superior con Tegaserod 12 mg/día (RR 1,19; IC 95%: 1,09-1,29) que con Tegaserod 4 mg/día (RR 1,15; 1,02-1,31) en comparación con placebo.

Otra revisión de la Cochrane examinó cuatro ECA, de buena calidad metodológica, que mostraron una mejoría en la sintomatología global del SII en el grupo tratado con Tegaserod 12 mg diarios en comparación con el grupo placebo.

En cuanto a los efectos adversos de Tegaserod, la diarrea es el más documentado. En otro ECA el efecto adverso más documentado fue la cefalea (8,0% en el grupo de tratamiento y 4,7% en el grupo placebo).

Aunque el uso de Tegaserod se ha relacionado con la colitis isquémica (al igual que Alosetrón), no se ha mostrado que la incidencia de colitis isquémica en los pacientes en tratamiento con Tegaserod sea superior que en la población general⁽¹⁵⁾.

Sin embargo en el 2007, el tegaserod fue retirado del mercado estadounidense, de modo que sólo se podía conseguir directamente del fabricante por medio de un programa de distribución restringida. A partir de abril del 2008, se suspendió la emisión de tegaserod por medio de dicho programa; por lo tanto, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) decidió poner el tegaserod a disposición de

los médicos, para pacientes en situaciones de emergencia que pongan su vida en riesgo o requieran hospitalización. ⁽⁵⁴⁾

Los estudios de laboratorio reflejan 13 casos, de 11.614 tratados con el producto (0,11 por ciento), contra un caso en 7.031 pacientes con placebo (0,01 por ciento). Estos incluyen eventos como infartos al miocardio, angina de pecho y/o accidente vascular cerebral. Todos los pacientes afectados tenían enfermedad cardiovascular subyacente y/o factores de riesgo cardiovascular preexistente. Los eventos reportados de "Tegaserod" en estudios clínicos son generalmente consistentes con las tasas de eventos isquémicos cardiovasculares reportados en la población general. ⁽⁵⁵⁾

3.- Antagonistas de los receptores de serotonina tipo 3

Alosetrón (evidencia A)

Alosetrón es un fármaco antagonista (5-HT₃) que enlentece el tránsito colónico y aumenta el umbral de percepción durante la distensión del colon.

Una Revisión Sistemática de buena calidad metodológica valoró seis ECA que compararon Alosetrón 2 mg/día con placebo durante 12 semanas. Se incluyeron un total de 3529 pacientes, 93% de los cuales eran mujeres y 75% del total padecían SII con predominio de diarrea. El OR para el Alosetrón comparado con placebo fue 1,81 (IC 95%: 1,57-2,10). Los efectos beneficiosos de Alosetrón desaparecieron en todos los ensayos al suspender el tratamiento ^{(15) (27)}.

En cuanto a los efectos secundarios del Alosetrón, el estreñimiento es el mas frecuente. La aparición de algunos casos de colitis isquémica provoco que la FDA (Food and Drug Administration) retirara el Alosetrón del mercado estadounidense de forma cautelara. En junio de 2002, la FDA aprobó de nuevo su uso, con la indicación restringida a “mujeres con SII con diarrea grave que no hayan respondido a tratamientos convencionales” y a una dosis de 2mg/día ⁽¹⁵⁾.

4.- Antidepresivos (evidencia B)

Tricíclicos

Algunos pacientes con SII presentan hipersensibilidad visceral, de forma que perciben dolor o malestar abdominal a umbrales inferiores que los sujetos sanos. Por ello, se han venido utilizando los antidepresivos Tricíclicos a fin de disminuir la nocicepción e intentar tratar el dolor crónico. Se utilizan a dosis menores que para el tratamiento de la depresión, por lo que sus efectos secundarios son leves ⁽⁴⁾.

Un estudio concluyó que los antidepresivos Tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, mianserina, trimipramina) mejoraron significativamente los síntomas en comparación con placebo (variables de resultado: mejoría en el dolor abdominal o respuesta al tratamiento) con una OR de 4,2 (IC 95%). Estos estudios no ajustaron los efectos del tratamiento en el caso de una posible depresión subyacente ⁽¹⁵⁾

⁽²⁰⁾.

2.1.13.7 Tratamiento Psicológico (evidencia B)

Se identificó una revisión sistemática sobre las intervenciones psicológicas en los síntomas somáticos del SII que examinó la efectividad de la terapia cognitiva-conductual, la terapia conductual y de la terapia psicodinámica breve en atención primaria y especializada. Cinco ECA de atención especializada (terapia cognitiva-conductual) mostraron una mejoría significativa en la sintomatología y en la capacidad de los pacientes de afrontar su enfermedad, pero los resultados de esta terapia en atención primaria no fueron consistentes ni hubo datos suficientes para extraer conclusiones de la efectividad de la terapia conductual y de la terapia psicodinámica breve. Una limitación añadida es que los estudios son de baja calidad metodológica y no permiten obtener resultados válidos ni concluyentes ⁽³⁾.

Un informe de la Agency for Health Care Research and Quality sobre las intervenciones “cuerpo-mente” (mind-body interventions) identificó quince ECA que evaluaron la eficacia de la hipnosis, técnicas de manejo del estrés, técnicas de relajación, tratamiento psicológico multifactorial y biofeedback. Este informe destacó que las limitaciones

Un estudio clínico aleatorizado posterior comparó la terapia cognitiva-conductual con sesiones educativas y la desipramina (antidepresivo tricíclico) con placebo para los trastornos funcionales digestivos (SII, estreñimiento funcional doloroso, dolor abdominal crónico funcional y trastorno intestinal funcional inespecífico). La terapia cognitiva-conductual fue superior a las sesiones educativas en mujeres con enfermedades intestinales funcionales, mientras que la desipramina no mostró diferencias significativas en comparación con el placebo en el mismo grupo de mujeres ⁽¹⁵⁾.

El tratamiento conjunto por un gastroenterólogo y un psicólogo fue evaluado. La mejoría global significativa (por parte de los pacientes) después de dos sesiones semanales con ambos especialistas durante tres semanas, en comparación con seis semanas de tratamiento médico o psicológico ⁽¹⁵⁾.

Investigaciones más actualizadas sugieren que muchos pacientes con SII no se han comprometido en buscar una explicación para sus síntomas somáticos y rápidamente aceptan la posibilidad de una contribución psicológica a sus molestias ⁽³⁰⁾. La investigación ha apoyado el uso de la terapia cognitivo-conductual. Aunque esto no se encuentra disponible de forma rutinaria en la atención primaria ⁽²⁷⁾.

Hipnoterapia para el SII ha demostrado ser eficaz en los centros especializados y los nuevos datos de la práctica general sugiere que ésta es efectiva durante los primeros tres meses, aunque el efecto es menos marcado después de eso ⁽²⁷⁾.

2.1.13.8 Probióticos (evidencia B)

Probióticos son definidos como organismos vivos que cuando son ingeridos en cantidades adecuadas, benefician de manera adecuada a quien lo consumen. Comidas fermentadas ricas en probióticos son el yogurt, kéfir, miso y tempeh han sido consumidos por siglos. Los probióticos parece que alteran la flora intraluminal, produciendo ácidos grasos de cadena corta que son beneficiosos y además desconjugando ácidos biliares, además de limitar el crecimiento de bacterias patógenas compitiendo directamente con ellas. Poseen también efectos antiinflamatorios potentes, porque modulan la expresión de citoquinas inflamatorias, interactuando con el tejido linfoide asociado al intestino. Este efecto inmunomodulador también atenúa la hipersensibilidad visceral característica del SII. Un

metanálisis encontró 23 estudios que reunieron un total de 1404 pacientes con síntomas de SII, dolor abdominal comparados con el placebo, en el cual se concluye que se debe alentar al consumo de productos ricos en probióticos a una dosis oral diaria que varía entre 10 a 100 billones de bacterias, que son las presentaciones más comunes que se encuentran en el mercado⁽¹⁵⁾.

2.1.13.9 Antibióticos (evidencia B)

Los antibióticos no han sido tomados en cuenta durante mucho tiempo dentro del tratamiento del SII, pero en los últimos tiempos han ganado mucho terreno, y están empezando a dar luces de nuevas terapias para controlar a esta entidad.

En este año se realizó un estudio doble ciego que involucro 1260 pacientes con dos TARGET: TARGET 1 Y TARGET 2, en el primero se les trato con rifamixina (Es un antibiótico semi-sintético, derivado de la rifamicina), y el otro con placebo encontrándose que el efecto antibiótico de la rifaximina es el mecanismo que ayuda a controlar la sintomatología del SII, por sus efectos beneficiosos sostenidos en pacientes con dicha entidad.

Una respuesta a la terapia antibiótica en pacientes con SII se ha demostrado que se correlaciona con la normalización de los resultados de lactulosa en las pruebas del aliento.²⁸⁾⁽²⁹⁾

Sin embargo, hay un debate acerca de qué efectos relacionados con antibióticos es el más importante. Sobre la base de datos existentes, hay tres explicaciones razonables:

1. Rifamixina afecta a las bacterias del intestino y reduce los productos bacterianos que afectan negativamente al desarrollo de la enfermedad.
2. El efecto sobre la flora intestinal reduce la participación local de la mucosa de las bacterias, como la respuesta inmune del huésped.
3. El antibiótico altera tanto la bacteria y la respuesta del huésped.

2.2. Síndrome de Burnout (estrés laboral)

2.2.1 Definición

El burnout o “síndrome del quemado” es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger ⁽³¹⁾, psiquiatra norteamericano que lo definió como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de “comunidades terapéuticas, voluntariado...”), de tal forma que estas personas “sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”. Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo. ⁽³¹⁾

Pero el burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson, que en 1981 lo definieron como “un síndrome de cansancio emocional,

despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”⁽³²⁾. Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés.⁽³²⁾⁽³³⁾⁽⁴¹⁾

Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), “...basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos⁽³²⁾⁽³¹⁾. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de burnout...” Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.⁽³²⁾⁽³⁹⁾⁽⁴³⁾

2.2.2 Causas del síndrome de estrés laboral

Las causas que producen síndrome de burnout se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo.

En este sentido, también se ha investigado la posible influencia genética en la etiología de este síndrome, realizándose estudios de asociaciones de casos de burnout en familias de gemelos, mono y dicigóticos. En estos estudios no se han encontrado asociaciones significativas entre factores genéticos y burnout, ya que las asociaciones de casos encontrados en las familias se explican principalmente por factores exógenos comunes, es decir, por características ambientales compartidas entre los miembros de la familia. Así, se han analizado algunos de estos factores, como el nivel cultural de los padres o la educación religiosa recibida, no encontrándose asociaciones significativas en cuanto a la educación religiosa, pero sí en la educación de los padres, de forma que cuanto mayor es el nivel cultural de éstos, mayores son los niveles de burnout ⁽³²⁾⁽³⁵⁾.

Como ya hemos mencionado el síndrome de burnout es más frecuente en aquellas profesiones de ayuda a otras personas y las que tienen un contacto mantenido con la gente (sanitarios, educadores...).

Algunas características del trabajo también desempeñan un papel importante para el desarrollo del burnout. Uno de estos factores es la sobrecarga de trabajo, es decir, el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizada supone un factor de riesgo, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional. ⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾

Igualmente, el conflicto y la ambigüedad de rol también se correlacionan positivamente con el burnout. Si bien cierta ambigüedad de rol es beneficiosa porque flexibiliza el puesto de trabajo y facilita la resolución de problemas, la incertidumbre acerca del papel que debemos desempeñar en el trabajo puede tener efectos perjudiciales. Sin embargo, el conflicto de rol, es decir, las demandas que se le hacen al trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos ^{(38) (39) (47)}.

Destaca también como un factor laboral implicado en la génesis del burnout la ausencia de recursos en el trabajo. Entre estos recursos ha sido ampliamente analizado el apoyo social, tanto de jefes como de compañeros de trabajo, y cuya carencia se relaciona con la aparición del síndrome. En este sentido, hay una hipótesis que presenta el apoyo social como factor moderador entre los estresores laborales y el burnout, de forma que existirá una importante relación entre ambos cuando el apoyo social sea bajo y viceversa. También la ausencia de información y de control se relaciona con la aparición de las tres dimensiones de burnout, de forma que la gente que tiene poca autonomía en su puesto laboral y que participa poco en la toma de decisiones en su trabajo experimenta valores más altos de desgaste profesional ^{(32) (35)}.

2.2.3 Consecuencias y relaciones del Burnout

Así, sobre la salud del profesional ^{(32) (38) (43)}, el burnout puede producir problemas de salud mental, fundamentalmente trastornos ansiosos o depresivos, consumo de sustancias y aparición de adicciones, y alteraciones físicas, especialmente trastornos cardiovasculares.

Pero el síndrome de desgaste profesional también tiene consecuencias adversas sobre el trabajo, dando lugar a absentismo laboral, deseos de abandonar el trabajo, disminución de la productividad y de la eficacia, y descenso de la satisfacción por el trabajo ^{(31) (32) (48)}.

En cuanto a los problemas de salud mental, se ha visto que a mayor prevalencia de burnout, mayor incremento de morbilidad psiquiátrica, especialmente de conductas ansiosas, depresivas o ambas. ^{(33) (34) (35)}

Así, se ha encontrado una relación entre el agotamiento emocional y la depresión, los trastornos obsesivos compulsivos, la ansiedad, la hostilidad y la ideación paranoide, y también se ha visto que existe una relación entre la despersonalización y la hostilidad, la ideación paranoide y la personalidad psicótica. ⁽³²⁾

La existencia de una relación entre el burnout y la depresión parece estar clara ^{(49) (47)}, pero se sabe menos de la naturaleza de esa asociación, parece ser que una personalidad con una mayor sensibilidad a la depresión tiene un riesgo mayor de desarrollar burnout, además se ha visto que existe una correlación positiva entre los síntomas depresivos y dos dimensiones del síndrome, el cansancio emocional y la despersonalización. Igualmente, se ha observado la existencia de una asociación entre estas dos dimensiones del síndrome de desgaste profesional y una historia de depresión en familiares cercanos. ⁽³²⁾

El burnout también se ha asociado al abuso de sustancias, como analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos, y al consumo de drogas de distinto tipo, como alcohol y tabaco. ⁽³²⁾

En este sentido se han realizado varios estudios que han relacionado el síndrome de burnout en personal sanitario con el estado general de salud y con la prevalencia de psicopatología en las personas que lo padecen ^{(42) (43)}. En estos trabajos, se ha observado que existe un aumento estadísticamente significativo de los niveles de psicopatología en los profesionales con desgaste profesional, así como una mayor prevalencia de psicopatología a mayor número de dimensiones de burnout afectadas.

Igualmente, en estos estudios también se ha comprobado que la presencia de desgaste profesional se asocia con un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos.

En lo referente a los síntomas físicos, habitualmente son los primeros en aparecer en el estrés laboral, y los más frecuentes son la fatiga crónica, las cefaleas, las alteraciones gastrointestinales, como la úlcera gástrica o el colon irritable, también las mialgias, alteraciones respiratorias, trastornos del sueño, algunas alteraciones dermatológicas como la urticaria, trastornos menstruales o disfunciones sexuales ^{(32) (41) (43) (47)}.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.1. Problema de investigación

- ¿Existe relación entre el síndrome de intestino irritable y el estrés laboral entre el personal médico y administrativo del Hospital Regional IESS de la ciudad de Riobamba-Ecuador durante los meses de junio y julio del año 2011?

3.2. Objetivos

3.2.1 General:

Determinar la relación entre el estrés laboral y el síndrome del intestino irritable entre el personal médico y administrativo del Hospital IESS de la ciudad de Riobamba.

3.2.1 Específicos:

1. Determinar la prevalencia del síndrome de intestino irritable en el grupo estudiado.
2. Determinar la prevalencia de estrés laboral (burnout) en los individuos de la muestra y categorizar en subgrupos (de acuerdo a la escala de estrés laboral de Maslach).
3. Identificar características demográficas relacionadas con mayor propensión al desarrollo síndrome de intestino irritable y estrés laboral.
4. Observar en que grupo es más prevalente el síndrome de colon irritable.

3.3 Hipótesis

3.3.1 Primaria.

- Existe relación entre el estrés laboral y el síndrome de colon irritable en el personal participante en el estudio.

3.3.2 Nula.

- No existe relación entre el estrés laboral y el síndrome de colon irritable en el personal participante en el estudio.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Inclusión

Todos los médicos, entre médicos tratantes, médicos residentes, médicos asistenciales, internos rotativos y todo el personal administrativo que desee participar en la investigación, previo consentimiento informado del Hospital Regional IESS de la ciudad de Riobamba-Ecuador.

3.4.2 Exclusión.

Personal que no desee participar en el estudio.

3.5 Operacionalización de variables del estudio

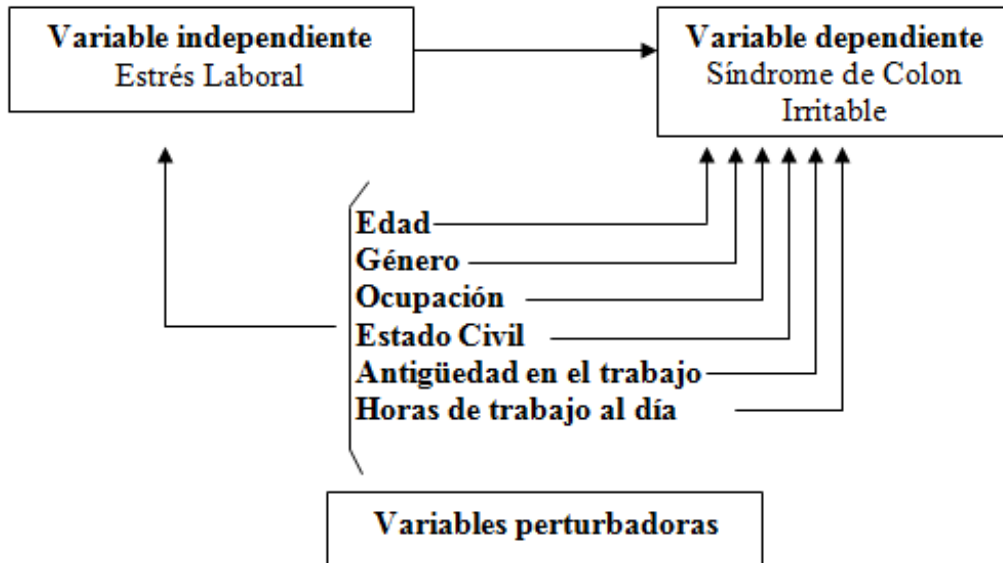


Gráfico 7. Operacionalización de variables empleadas en la investigación.

3.6 Definición de las variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN
Síndrome de Colon Irritable	<p>Es una entidad que presenta un trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por la asociación de dolor o molestia abdominal y alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de anomalías estructurales, inflamatorias y bioquímicas.</p> <p>Criterios diagnósticos de Roma III del síndrome del intestino irritable</p> <p>Dolor o molestia* abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses relacionado con 2 o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejoría con la defecación Comienzo coincidente con un cambio en la frecuencia de las deposiciones Comienzo coincidente con un cambio en la consistencia de las deposiciones <p><small>*Como molestia se entiende una sensación desagradable que no se describe como dolor. En los estudios fisiopatológicos y en los ensayos clínicos, la frecuencia de dolor o molestia abdominal debe ser de al menos 2 días por semana durante el período de inclusión. Los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas, haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.</small></p>

Ocupación:	<p>En el ámbito de los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ empleo: es decir, trabajo asalariado, al servicio de un empleador. ▪ profesión: acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados. <p>En el estudio se le divido en cuatro categorías; medico tratante, médico residente, interno rotativo, y personal administrativo.</p>																
Sexo:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ m. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ▪ m. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino. 																
Estado Civil:	<p>El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltero/a ▪ Casado/a ▪ Divorciado/a ▪ Viudo/a ▪ Unión libre 																
Estrés Laboral (burnout)	<p>Se define como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que se caracteriza por un marcado cansancio físico y/o psicológico, conocido como cansancio emocional, un alto nivel de despersonalización (los pacientes son vistos como meros casos, lo cual se manifiesta en una respuesta fría e impersonal hacia ellos) y la falta de logros o de realización personal en el trabajo. Escala para tabulación:</p> <table border="1" data-bbox="500 1591 1230 1730"> <thead> <tr> <th></th> <th>BAJO</th> <th>MEDIO</th> <th>ALTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cansancio emocional</td> <td><=18</td> <td>19-26</td> <td>>= 27</td> </tr> <tr> <td>Despersonalización</td> <td><= 5</td> <td>6-9</td> <td>>= 10</td> </tr> <tr> <td>Realización personal</td> <td>>=40</td> <td>34-39</td> <td><=33</td> </tr> </tbody> </table>		BAJO	MEDIO	ALTO	Cansancio emocional	<=18	19-26	>= 27	Despersonalización	<= 5	6-9	>= 10	Realización personal	>=40	34-39	<=33
	BAJO	MEDIO	ALTO														
Cansancio emocional	<=18	19-26	>= 27														
Despersonalización	<= 5	6-9	>= 10														
Realización personal	>=40	34-39	<=33														

Gráfico. 8. Definición de las variables del estudio.

Variable	Tipo	Categorías	Indicador
Edad	Cuantitativa		Promedio de edad
Sexo	Cualitativa	Masculino	Porcentaje de participantes varones
		Femenino	Porcentaje de participantes mujeres
Síndrome de Intestino Irritable	Cualitativa	Ausencia	Porcentaje de participantes sin S.I.I.
		Presencia	Porcentaje de participantes con S.I.I.
Ocupación	Cualitativa	Personal Médico	Porcentaje de participantes con cargos médicos (a esta categoría se la ha subdividido en Médico Tratante, Médico Residente, Interno Rotativo)
		Personal administrativo	Porcentaje de participantes con cargos administrativos
Estrés Laboral (síndrome de burnout)	Cualitativa	Estrés Emocional	Porcentaje de participantes que presenten estrés emocional según escala de burnout de Maslach
		Despersonalización	Porcentaje de participantes que presenten despersonalización según escala de burnout de Maslach
		Realización Personal	Porcentaje de participantes que presenten realización personal según escala de burnout de Maslach
Antigüedad en el trabajo	Cuantitativa		Se lo dividió en 3 : 0 a 1 año 2 a 5 años Igual o mayor a 6 años Porcentaje de participantes en cada categoría.
Horas de trabajo al día	Cuantitativa	6 a 8 horas 9 a 12 horas 13 a 16 horas 21 a 24 horas 21 a 24 horas	Porcentaje de participantes en cada categoría.

Gráfico. 9. Categorización y definición de variables empleadas en el estudio.

3.7 Muestra

Se incluyó al universo de médicos y personal administrativo, en total 120 participantes; 80 doctores, entre médicos tratantes, médicos residentes e internos rotativos, así como también se tomó a toda la población de personal administrativo (n=40) que labora en el hospital IESS de la ciudad de Riobamba.

3.8 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal, de corte - prevalencia.

3.9 Procedimiento de recolección de la información

Previa explicación y llenado del formulario de consentimiento informado, se aplicó un cuestionario que a su vez constaba de 2 encuestas, la primera recogió datos concernientes a la edad, sexo, estado civil, ocupación, horas de trabajo al día y años de antigüedad en su puesto de trabajo, además contenía el cuestionario referente a los criterios ROMA III para el diagnóstico de colon irritable.

La segunda parte de la encuesta correspondía a los 22 ítems del inventario de Maslach para medir el Burnout.

Las encuestas fueron realizadas individualmente a cada uno de los participantes del estudio de tal manera que se obtuvo absoluta confidencialidad como recomiendan las guías internacionales para evitar sesgos, especialmente, en el inventario de Burnout. El Maslach Burnout Inventory (MBI), se uso su versión validada en castellano diseñado para valorar el

síndrome de burnout en sus tres aspectos fundamentales. Está compuesto por 22 ítems referentes a sentimientos. Para las respuestas se utiliza una escala tipo Likert con puntuaciones de 0 a 6. La sub-escala de cansancio emocional está compuesta por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) y mide los sentimientos de sobrecarga emocional.

La sub-escala de despersonalización está integrada por 5 ítems (5,10,11,15,22) y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. La sub-escala de realización personal consta de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) y mide sentimientos de competencia y de consecución de logros.

El SII fue diagnosticado según los criterios de Roma III, los cuales están señalados en el anexo 1, y se definieron: dolor abdominal, molestias abdominales, distensión abdominal que mejora con las defecaciones. Estreñimiento: hábitos intestinales menos de tres veces por semana, la presencia de sensación incompleta al evacuar, sensación de obstrucción ano-rectal, uso de maniobras manuales para facilitar la evacuación, heces duras. Diarrea: la presencia de heces líquidas o semilíquidas con una frecuencia mayor de 3 evacuaciones.

El primer cuestionario consta de los criterios de roma III ítems 1,3,4,5,6,7,8 y 9 de los cuales para poder diagnosticar SII debe tener siempre como afirmativo el ítems 1 y 3 así como 2 o más de los ítems restantes (mejoría del dolor, estreñimiento y/o diarrea).

3.10 Análisis de datos

3.10.1 Estudio descriptivo

1. Valoración de las variables socio-demográficos y laborales: las variables cuantitativas se han presentado con su valor medio y su desviación estándar y las variables cualitativas se han presentado en porcentajes.
2. Valoración del síndrome de colon irritable. Se han presentado a) la frecuencia de los individuos con síndrome de colon irritable y sin síndrome, b) la frecuencia de participantes con predominio de constipación, predominio diarreico, patrón mixto, y síndrome de colon irritable sin clasificar.
3. Valoración de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Se han presentado: a) los valores medios y las desviaciones estándar de las tres dimensiones del síndrome, b) la frecuencia de individuos con grado bajo, medio y alto de CE(cansancio emocional), DP(despersonalización) y FRP(falta de realización personal) y c) la frecuencia de individuos que tienen CE, DP y FRP.
4. Valoración del síndrome de burnout. Se ha valorado: a) la frecuencia de individuos con grado bajo, medio y alto del síndrome, y b) la frecuencia de individuos que tienen burnout.

3.10.2 Estudio analítico

Análisis Bivariante.

1. Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de χ^2 o la prueba exacta de Fisher, considerando significativa una $p \leq 0,05$.
2. Se utilizó el Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna del Maslach Burnout Inventory en nuestra población.

3.11 Aspectos Bioéticos

1. No existirá ningún riesgo para los/las participantes.
2. Los participantes serán informados acerca del estudio, y se les pedirá la colaboración para realizarles las encuestas pertinentes.
3. Se les hará firmar una hoja de consentimiento informado.
4. Los pacientes que no deseen participar, no lo harán.
5. Para conservar su anonimidad, a las encuestas se las codificó con números a cada una de ellas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1.- Descripción de la población estudiada.

En lo que se refiere al análisis de las características sociodemográficas y laborales de la población analizada, la primera variable estudiada es el sexo. Esta variable ha sido respondida por toda la población de los profesionales encuestados, el 45.83% (n=55) correspondieron al sexo femenino, mientras que el 54.16%(n=65) restante fueron del sexo masculino (fig.1). Relacionando dicha variable con la actividad profesional que realiza el encuestado se encontró que, en la población de médicos el 63%(n=50) de los participantes fueron de sexo masculino, mientras que el 38%(n=30) restante pertenecieron al sexo femenino (fig.2). Por otro lado, en el personal administrativo se vio que, al contrario de la población de médicos, el 63%(n=25) de sujetos pertenecieron al sexo femenino, el restante 38%(n=15) fue para el sexo masculino (fig.3).

Figura 1. Distribución de la población por sexo.

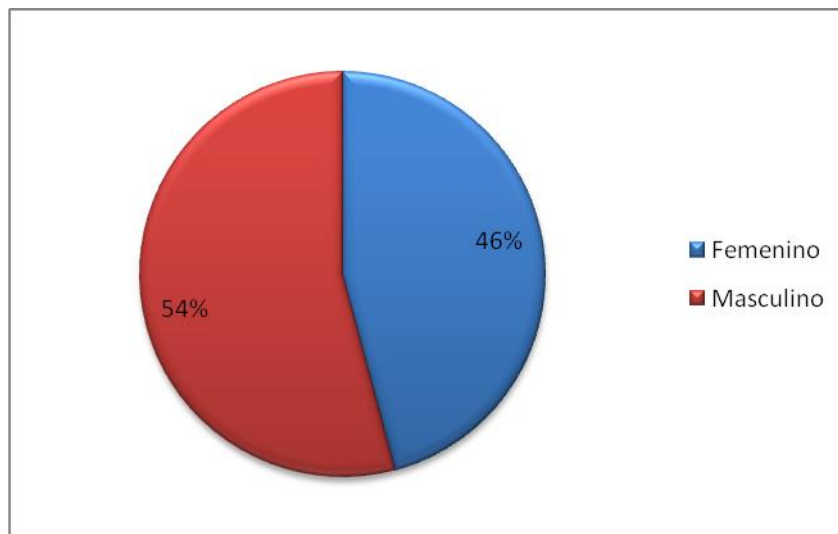


Figura 2. Distribución de los médicos por sexo.

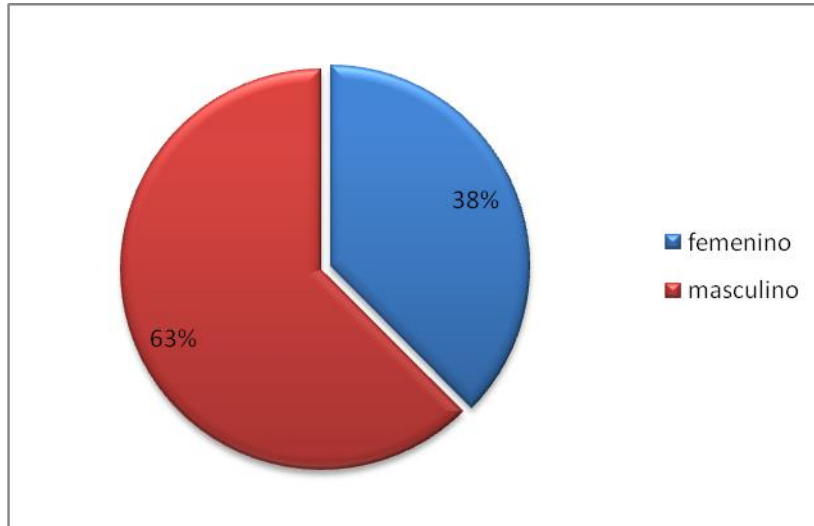
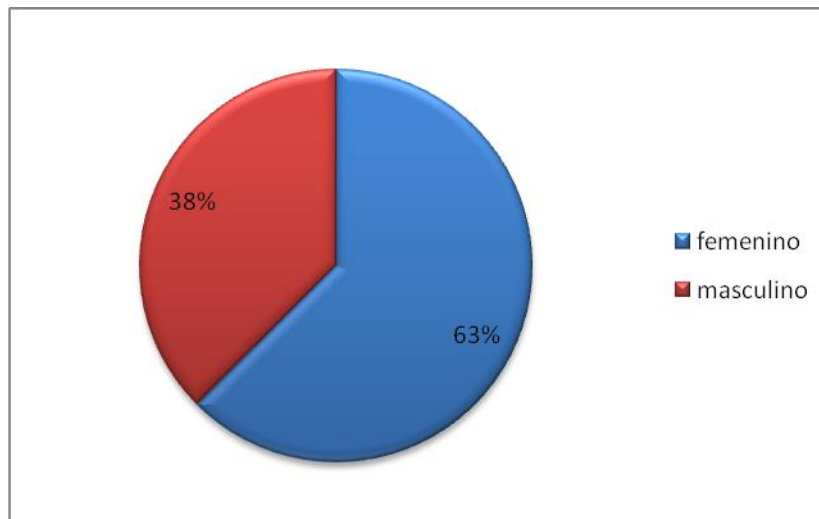


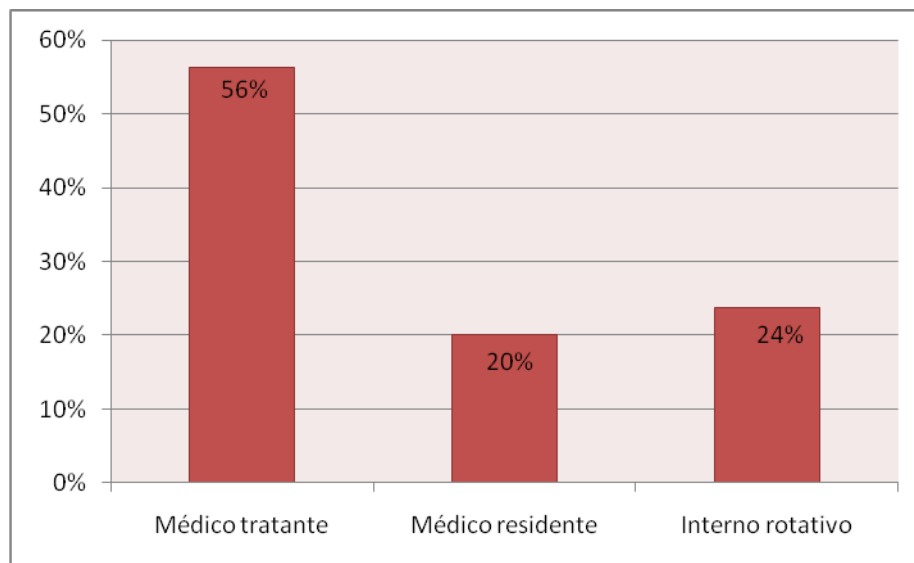
Figura 3. Distribución de administrativos por sexo.



Analizando la variable ocupación sabemos que 80 participantes son personal médico y corresponden al 66,67% de la población y el 33,33% restante con un n=40 corresponden al personal administrativo.

La categoría de médicos se dividió en sub-variables en las que se hallaron que, un 56%(n=45) pertenecían a médicos tratantes, seguido de un 24%(n=19) correspondiente a los internos rotativos de dicha casa de salud, por último se encontró con 20%(n=16) a los médicos residentes, como se observa a continuación:

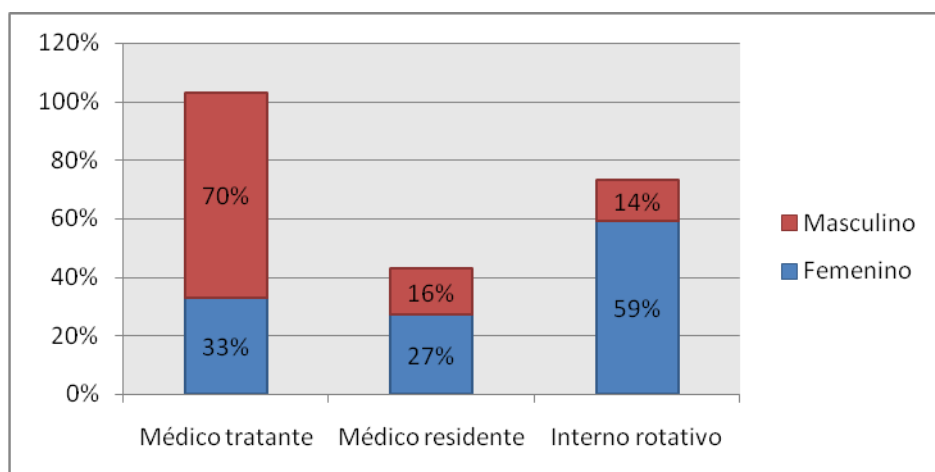
Figura 4. Profesión Médicos.



Si seguimos observando las mismas sub-variables versus el sexo tenemos que en el grupo de sujetos femeninos el 40%(n=12) son internos rotativos, el 33%(n=10) se encuentran en la categoría de médicos tratantes, seguido del 27%(n=8) que se ubicaron en el apartado de médicos residentes (fig.5).

Ahora analicemos el sexo masculino, la lista está encabezada por el 70%(n=35) ocupado por los médicos tratantes, le siguen los médicos residentes con un 16%(n=8) seguidos por los internos rotativos con 14%(n=7).

Figura 5. Distribución de sexo en médicos.



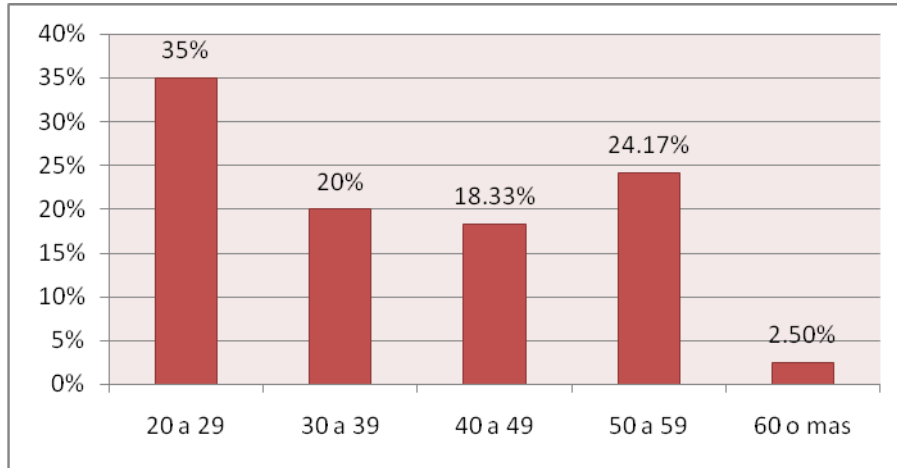
En la variable edad, el 100% de los profesionales contestaron este apartado. La edad media de toda la población es de 37,97 años con una desviación estándar de 11,97 años, como valor mínimo encontramos 22 años y un máximo de 67 años (tabla.1). El 35%(n=42) de los profesionales estudiados tienen una edad media comprendida entre 20 a 29 años, el 24,17%(n=29) tienen una edad media ubicada entre 50 a 59 años, el 20%(n=24) presentan una edad media entre 30 a 39 años, el 18,33%(n=22) presentan una edad media entre 40 a 49 años, y el 2,5%(n=3) restante se encuentra en el grupo de edad entre 60 años o más, la figura 6 resume lo encontrado.

Tabla 1. Edad de la población general.

Edad en general

Media	37.97
Desv. Estándar	11.97
Valor Máximo	67
Valor Mínimo	22
Rango	45

Figura 6. Edad en categorías.



Por otro lado haciendo una diferenciación de la edad con ocupación encontramos que la edad media en el grupo de galenos es de 37,15 años con una desviación estándar de 12,05 años, el valor mínimo de edad fue de 22 años y la edad máxima de este grupo fue de 60 años dándonos un rango equivalente a 38 años (tabla.2). El grupo de participantes que trabajan en la administración del hospital presentó una edad media de 39,6 años acompañado de una desviación estándar de 11,79 años, mientras el valor máximo se ubicó 67 años con su respectivo valor mínimo de 23 años y su rango de 44 años (tabla.3).

Tabla 2. Edad en personal médico.

Edad en médicos

Media	37.15
Desv. Estándar	12.05
Valor máximo	60
Valor mínimo	22
Rango	38

Tabla 3. Edad en personal administrativo.

Edad en administrativos

Media	39.6
Desv. Estándar	11.79
Valor máximo	67
Valor mínimo	23
Rango	44

Como ya se explicó antes, la categoría de ocupación dentro del personal médico tiene sub-categorías; médicos tratantes, médicos residentes e internos rotativos, en los cuales se vio que: la edad media del primer grupo fue de 45,30 años, con una desviación estándar de 9,5 años, un valor máximo correspondiente a 60 años y un mínimo de 25 años (rango=35 años). El grupo de residentes, por otro lado presentó una edad media igual a 28,07 años con una desviación estándar de 2,34 años, valor máximo de 32 años y valor mínimo de años igual 25. El último grupo, el de internos rotativos de medicina presentó un promedio de edad igual 24,5 años, desviación estándar de 1,43 años, el máximo de edad se ubicó en 27 años y la mínima edad fue de 22 años con un rango de 5 años (tabla.5).

Tabla 4. Edad dentro del personal médico.

Edad en médicos

	Tratantes	Residentes	Internos
Media	45.30	28.07	24.58
Desv. Estándar	9.50	2.34	1.43
Valor máximo	60	32	27
Valor mínimo	25	25	22
Rango	35	7	5

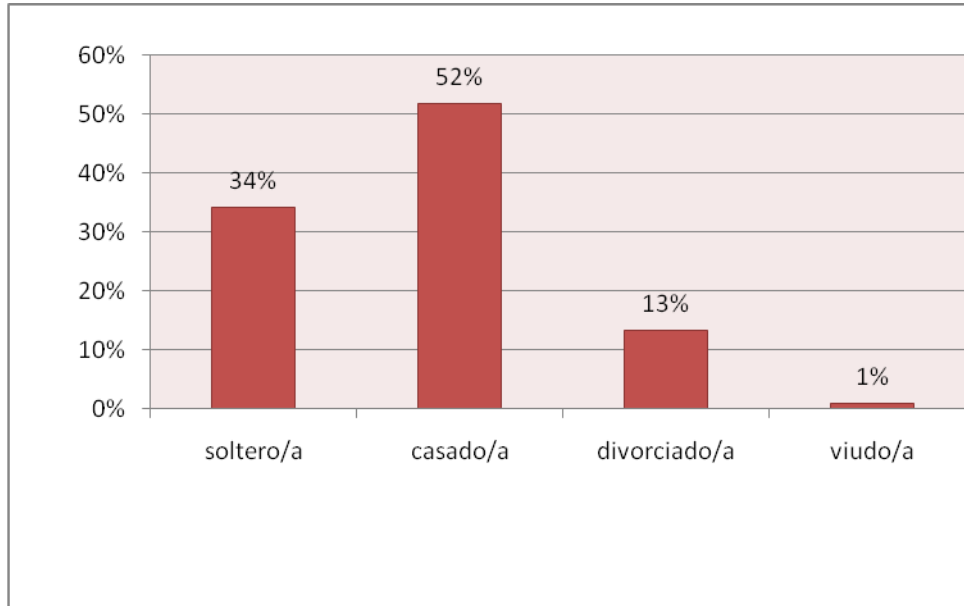
Entre los sujetos incluidos en el estudio, también se analizó las edades medias y desviaciones estándar diferenciadas por género, en el personal masculino la edad media correspondió a 40,97 años con una desviación estándar igual a 12,25 años, la edad máxima se encontró en 60 años y la mínima en 22 años con un rango equivalente a 38 años. En las mujeres participantes, la edad media fue más baja, con 34,42 años seguida de una desviación estándar igual a 10,68 años, el total de edades se ubicó entre 22 años como valor mínimo y 67 años como valor máximo. Se resume en la tabla. 5 los hallazgos:

Tabla 5. Edad en hombres y mujeres

	Masculino	Femenino
Media	40.97	34.42
Desv. Estándar	12.25	10.68
Valor Máximo	22.00	22.00
Valor Mínimo	60.00	67.00
Rango	38.00	45.00

Si siguiendo con el análisis llegamos a la variable estado civil, esta variable ha sido cumplimentada por el 100% (n=120) de los participantes, de ellos el 51,67%(n=62) están casados, los solteros son el grupo que les siguen con un 34,17%(n=41) de la muestra, muy de cerca se observa a los divorciados con un 13,33%(n=16) y apenas un 0,83%(n=1) de participantes son viudos (fig. 7).

Figura 7. Estado civil.



La antigüedad en la profesión, el sexo y el estado civil, según la profesión se resume en la tabla 6.

Tabla 6. Sexo, estado civil y antigüedad en el trabajo, de acuerdo a la profesión.

	Médicos		Administrativos	
Género	N	%	N	%
Masculino	50	63%	15	38%
Femenino	30	38%	25	63%
Estado civil				
Solteros	28	35%	13	33%
Casados	42	53%	20	50%
Divorciados	10	13%	6	15%
Viudos	0	0%	1	3%
Antigüedad				
0 a 1 año	32	40%	8	20%
2 a 5 años	24	30%	13	33%
6 años o más	24	30%	19	48%

Observando las sub-escalas de ocupación en los participantes médicos, vemos que, desglosando del cuadro anterior, un 13%(n=6) de los médicos tratantes ha trabajado durante un año o menos en dicha casa de salud, el 33%(n=15) lo ha hecho de entre 2 a 5 años y el restante 53%(n=24) ha trabajado más de 6 años en esta casa de salud. El siguiente grupo que se analizó fue el de los médicos residentes, en este grupo hallamos que el 56%(n=9) de los sujetos ha trabajado durante 0 a 1 año, el restante 44%(n=7) ha trabajado entre 2 a 5 años, ya que nadie de este grupo ha trabajado por más de 6 años en el Hospital IEES de la ciudad de Riobamba (tabla.7). El grupo de internos rotativos, como es conocido en nuestro medio, permanece durante un año mientras dura su internado, sin embargo en esta población se vio que el 11%(n=2) ha laborado en dicha casa de salud por algo más de 2 años, debido problemas de índole académica.

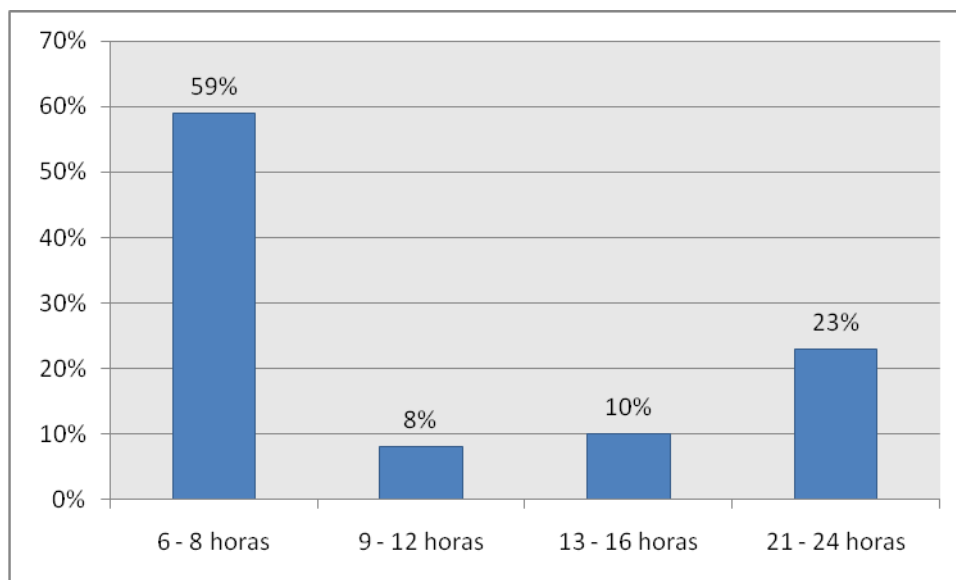
Tabla 7. Antigüedad de trabajo en médicos.

Antigüedad	Tratante	Residente	Interno
0 - 1 año	13%	56%	89%
2 - 5 años	33%	44%	11%
6 años o más	53%	0%	0%
Total	100%	100%	100%

Pasemos a analizar el apartado de horas de trabajo al día, en esta sección el 100% de la población general completo dicho ítem encontrándose que, el 59,17%(n=71) de los profesionales trabaja de 6 a 8 horas al día, le sigue un 22,5%(n=27) de sujetos que

trabaja de 21 a 24 horas al día, el 10%(n=12) de los entrevistados respondió que su trabajo al día es de 13 a 16 horas, mientras que la minoría correspondiente al 8,33%(n=10) trabaja entre 9 a 12 horas diarias (fig. 8).

Figura. 8. Horas de trabajo en la población general.



En el caso de los varones, el 60%(n=39) trabajan entre 6 a 8 horas diarias en dicha casa de salud, el 17%(n=11) trabajan un número de horas diarias comprendidas entre 21 a 24 horas, seguido de un 12%(n=8) que trabaja de 9 a 12 horas día y algo más del 11%(7) trabajan de 13 a 16 horas. Para las mujeres, el porcentaje de médicos y administrativos que trabajan entre 6 a 8 horas día fue de 58%(n=32), seguido de 29%(n=16) que trabaja entre 21 a 24 horas, le sigue de lejos un 9%(n=5), algo menor (4%(n=2)) para las que trabajan entre 9 a 12 horas día (fig. 9).

En cuanto a la profesión, agrupando a los profesionales estudiados en dos categorías; médicos y personal administrativo vemos como algo más del 50%(n=40) de los médicos trabajan entre 6 a 8 horas diarias, el 34%(n=27) entre 21 a 24 horas, 13%(n=10) trabajan

de 13 a 16 horas y aproximadamente un 4%(n=3) trabajan entre 9 a 12 horas al día (fig. 10). En la segunda categoría (administrativos), se observó que la gran mayoría el 78%(n=31) realiza actividades de 6 a 8 horas diarias, el 18%(n=7) se extiende más a allá entre 9 y 12 horas diarias, apenas un 5%(n=2) trabaja entre 13 a 16 horas y a diferencia del primer grupo (fig. 10), ningún individuo en el área administrativa trabaja entre 21 a 24 horas diarias.

Figura. 9. Horas de trabajo por género.

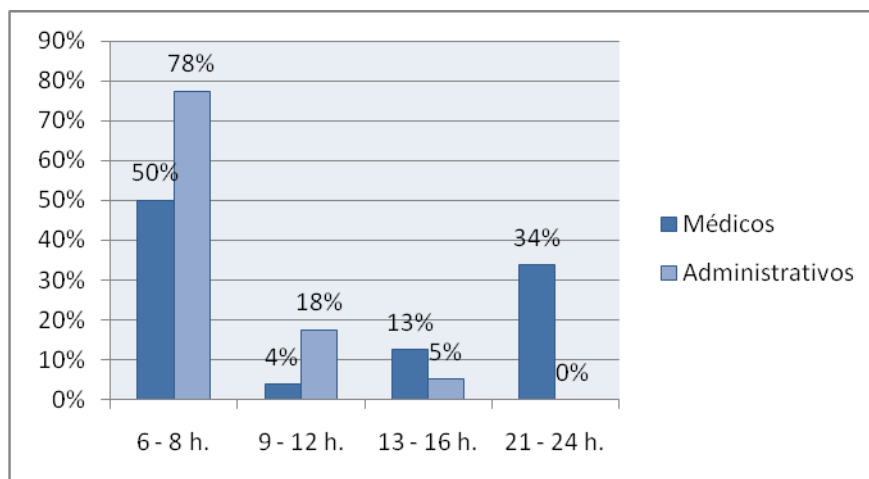
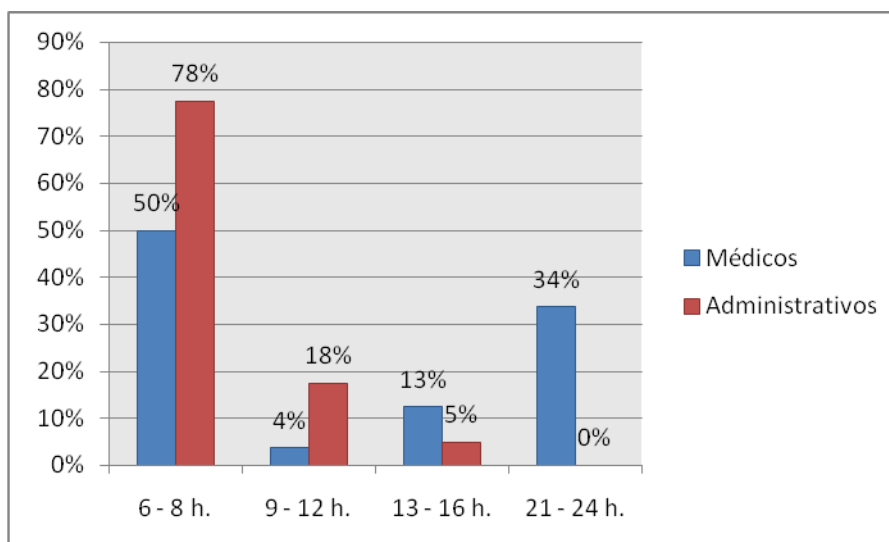


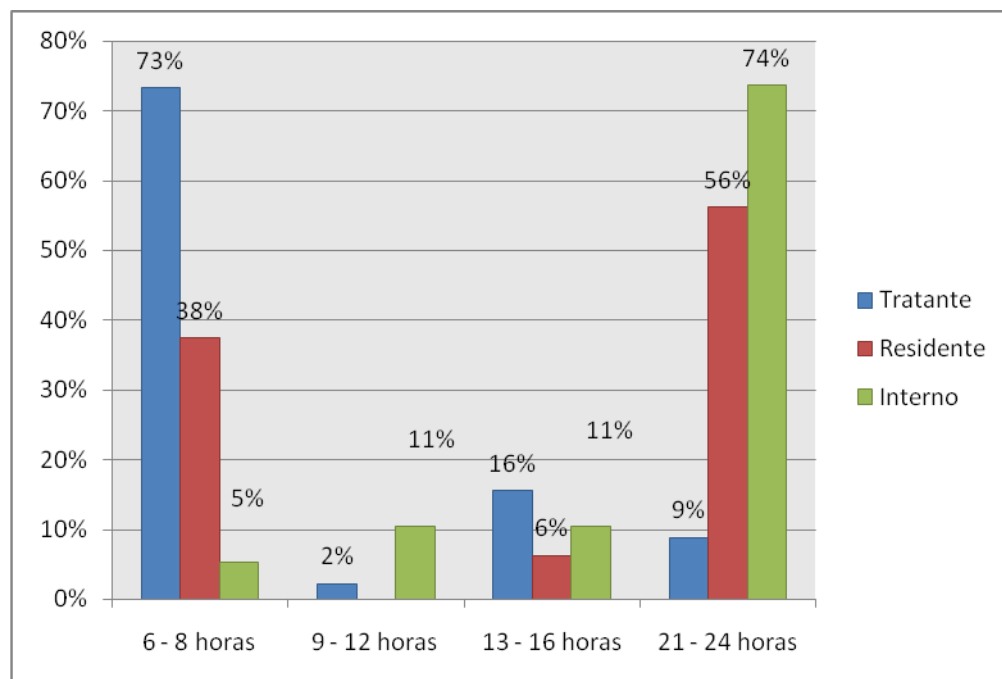
Figura. 10. Horas de trabajo según profesión.



Como ya se había mencionado antes, dentro del personal médico existen más categorías, así tenemos que, en los médicos tratantes el 73%(n=33), en los médicos residentes el 38%(n=6) y en el grupo de internos el 5%(n=1), trabajan en el hospital de 6 a 8 horas al día.

Los que trabajan de 9 a 12 horas al día se distribuyen de la siguiente manera, 2%(n=1) de los médicos tratantes, 11%(n=2) de los internos rotativos, sin encontrarse ningún sujeto perteneciente al grupo de médicos residentes. En los que trabajan entre 13 a 16 horas al día se encontró que, el 16%(n=7) pertenecieron al grupo de médicos tratantes, en los médicos residentes el 6%(n=1) pertenecieron a este grupo y el 11%(n=2) de los internos se ubicaron dentro de dicha categoría. Por último se observó que el 9%(n=4) de los médicos tratantes trabaja por 21 a 24 horas al día, en el grupo de residentes el 56%(n=9) y en los internos rotativos de medicina un 74%(n=14) trabajan de 21 a 24 horas. (fig. 11).

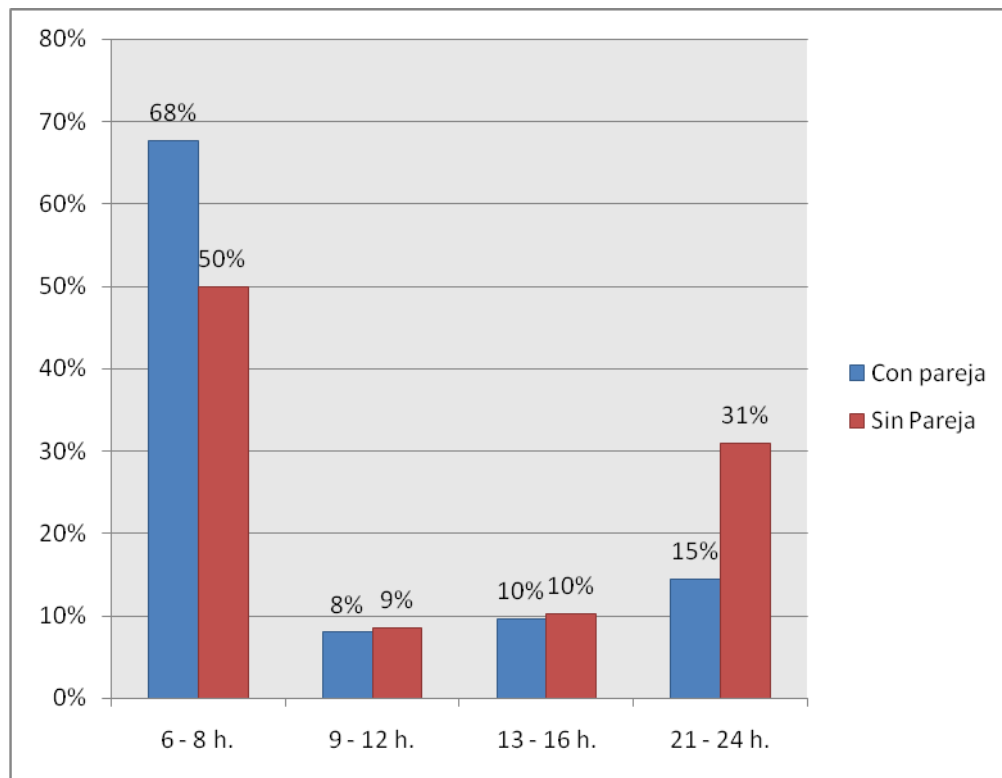
Figura. 11. Horas de trabajo entre el personal médico.



En cuanto al estado civil, si agrupamos a los profesionales estudiados en dos categorías; casados o con pareja estable y resto del personal, donde se incluyen los solteros, separados/divorciados y viudos, vemos como algo más del 68%(n=42) de los médicos y enfermeros casados trabajan entre 6 a 8 horas al día, el 15%(n=9) entre 21 y 24 horas, aproximadamente un 10%(n=6) trabajan de 13 a 16 horas al día y por último un 8%(n=5) lo hacen entre 9 a 12 horas.(fig. 12)

En la segunda categoría (solteros, separados/divorciados y viudos), los que trabajan de 6 a 8 horas día encabezan la lista con 50%(n=29) de los participantes, seguidos de un 31%(n=18) que trabajan entre 21 a 24 horas, a continuación se ven los sujetos que trabajan entre 13 a 16 horas con un 10%(n=6) y en último lugar aquellos que trabajan entre 9 a 12 horas con un 9%(n=5) del total.(fig. 12)

Figura 12. Horas de trabajo por estado civil.



4.2 Estudio del estrés laboral (burnout) y sus tres dimensiones.

Al estudiar el burnout en nuestra población, encontramos que la dimensión cansancio emocional alcanza un valor medio de 15,51 (DS 9,60), la despersonalización de 5,23 (DS 5,37) y la falta de realización personal de 40,57 (DS 8,04), encuadrándose la media de las tres dimensiones en un nivel bajo según los puntos de corte utilizados.(tabla. 8)

Por otro lado analizando individualmente las poblaciones encontramos que entre los médicos los puntajes medios son de 17,24(DS 9,90) para estrés emocional, la despersonalización llega a 5,45(DS 5,93) y la falta de realización personal obtuvo 41,62(DS 6,33), de igual forma que en la población general sus medias se encuentran dentro del nivel bajo dado por los puntos de corte explicados antes.

En el personal administrativo los puntajes que se encontraron para estrés emocional, despersonalización y realización personal obtuvieron 12,17(8,05), 4,80(DS 4,05) y 38,45(DS 10,44) respectivamente, observándose que, a diferencia de las poblaciones mencionadas, la media de la escala de realización personal se encuentra en un nivel medio de severidad. (tabla. 8)

En las figuras 13, 14 y 15, se mostrará los porcentajes de los niveles bajos, medios y altos de las 3 escalas de burnout; el estrés emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

Tabla. 8. Promedios del síndrome de burnout.

	Puntajes medios.	Desviación estándar.
General		
Estrés emocional	15,51	9,60
Despersonalización	5,23	5,37
Realización pers.	40,57	8,04
Médicos		
Estrés emocional	17,24	9,90
Despersonalización	5,45	5,93
Realización pers.	4,62	6,33
Administrativos		
Estrés emocional	12,17	8,05
Despersonalización	4,80	4,05
Realización pers.	38,45	10,44

Figura. 13. Estrés emocional general.

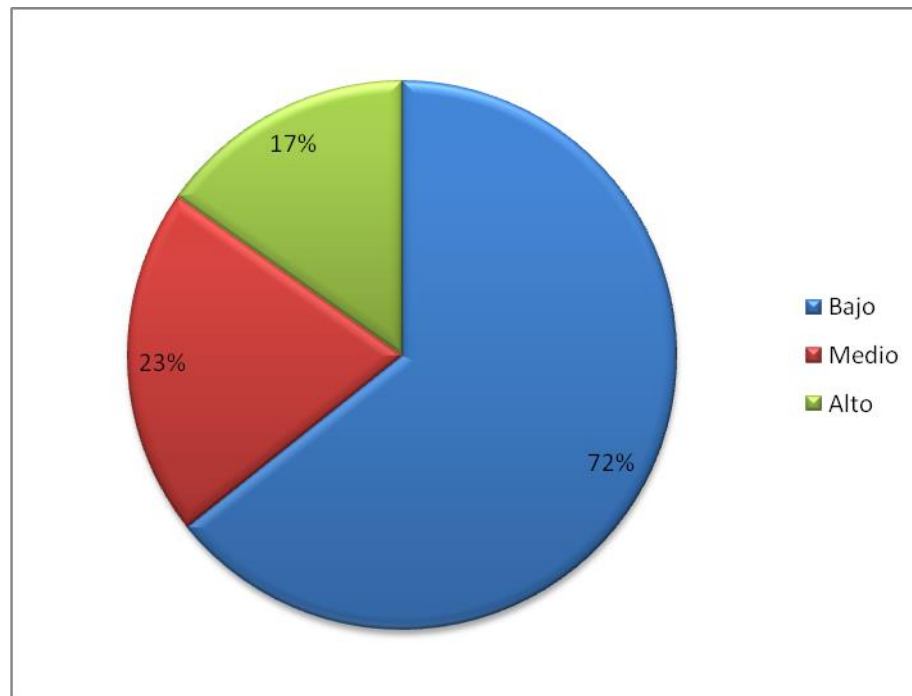


Figura. 14. Despersonalización general.

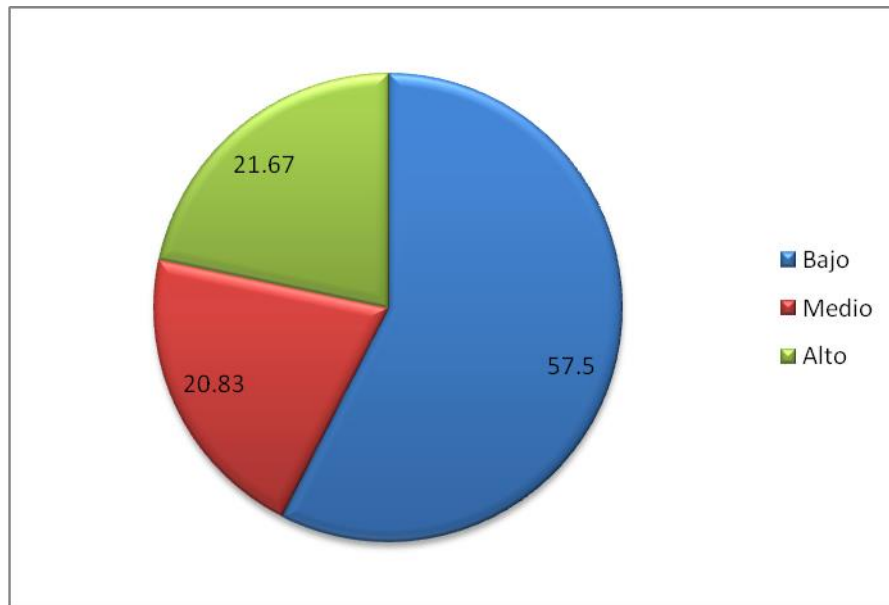
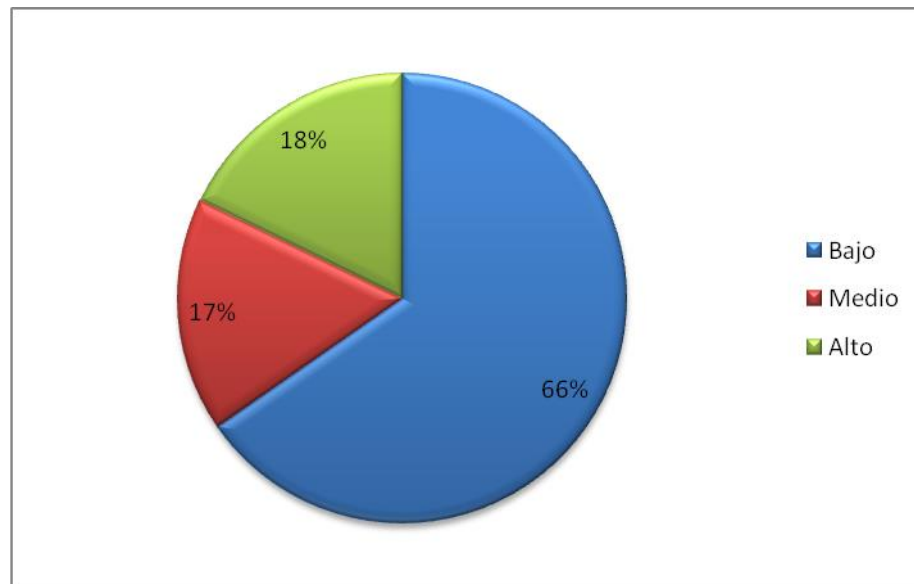


Figura. 15. Falta de realización personal general.



Seguidamente exponemos el análisis descriptivo, bivariante del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones.

4.2.1 Estrés emocional.

En primer lugar vamos a analizar las variables sociodemográficas; sexo, edad, y estado civil. En lo que se refiere al sexo (fig. 16), encontramos que existe asociación entre esta variable y los niveles de cansancio emocional, bajo, medio y alto, con un valor de $X^2=5,99$ y una significación estadística de $p=0,050$ (tabla. 9).

Figura. 16. Estrés emocional y sexo.

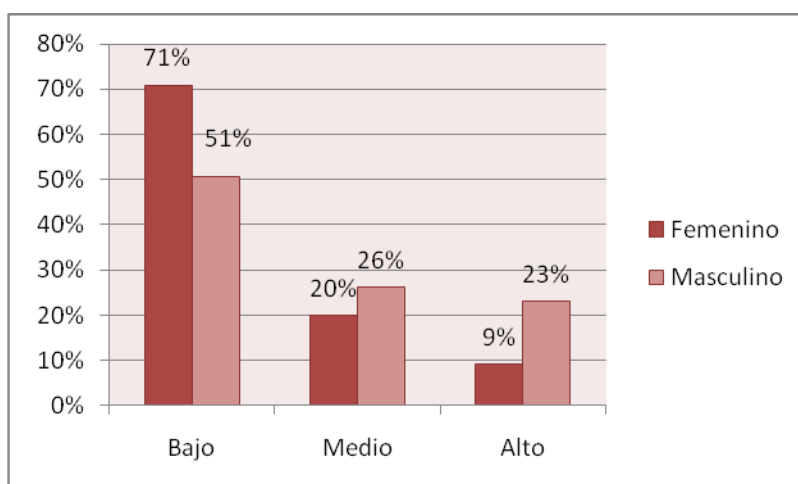
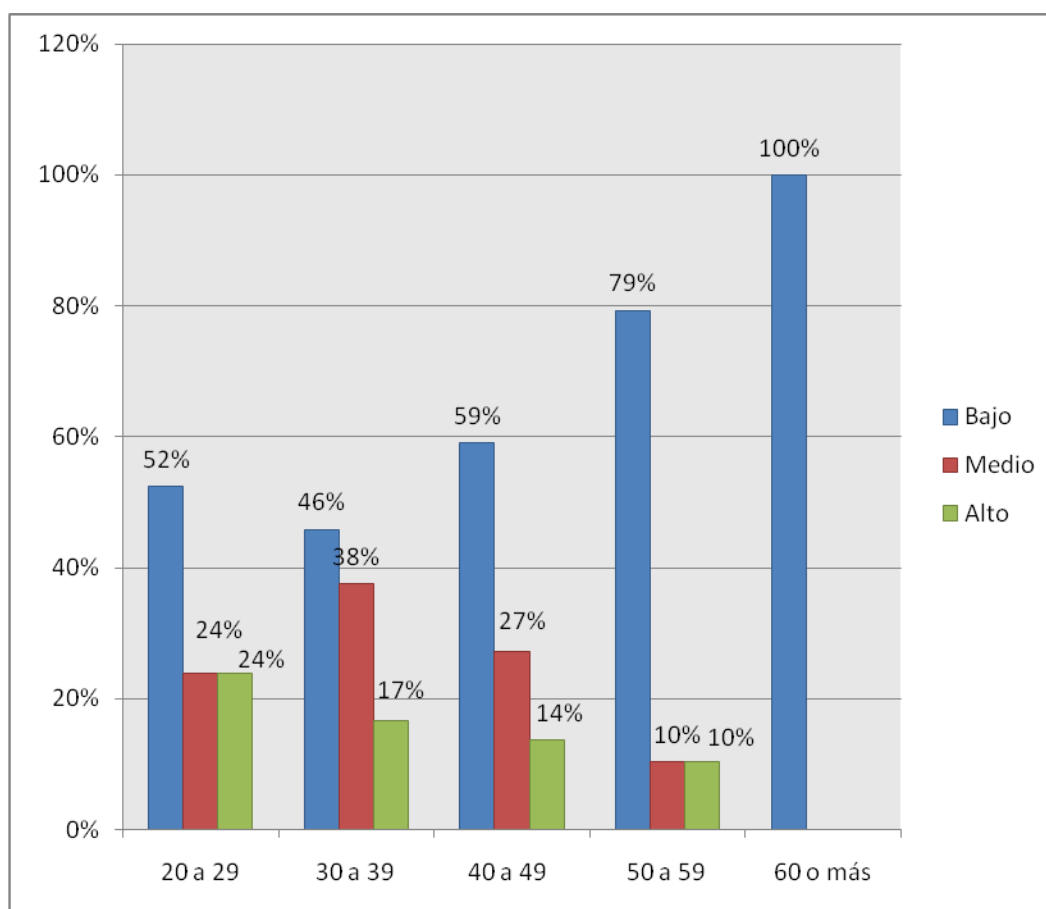


Tabla. 9. Tabla de contingencia: estrés emocional y género.

Estrés Emocional	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Bajo	39	71	33	51
Medio	11	20	17	26
Alto	5	9	15	23

En cuanto a la edad, no encontramos asociación entre los niveles del cansancio emocional (bajo, medio y alto) y las categorías de edad (de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, y más de 60 años), con un valor de $\chi^2=11,4$ y de $p=0,179$. Los resultados los presentamos a continuación (fig. 17; tabla. 10):

Figura. 17. Estrés emocional y edad.



Siguiendo la misma lógica, pasemos a analizar la variable “estado civil” relacionándola con las 3 categorías de estrés emocional; bajo, medio y alto (fig. 18). En la tabla de contingencia de dicha variable, no se encontró relación estadísticamente significativa. ($X^2= 5,10$ y $p=0,531$).

Tabla. 10. Tabla de contingencia: estrés emocional y edad.

Estrés Emocional	20-29		30-39		40-49		50-59		60-más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	22	52	11	46	13	59	23	79	3	100
Medio	10	24	9	38	6	27	3	10	0	0
Alto	10	24	4	17	3	14	3	10	0	0

Figura. 18. Estrés emocional y estado civil.

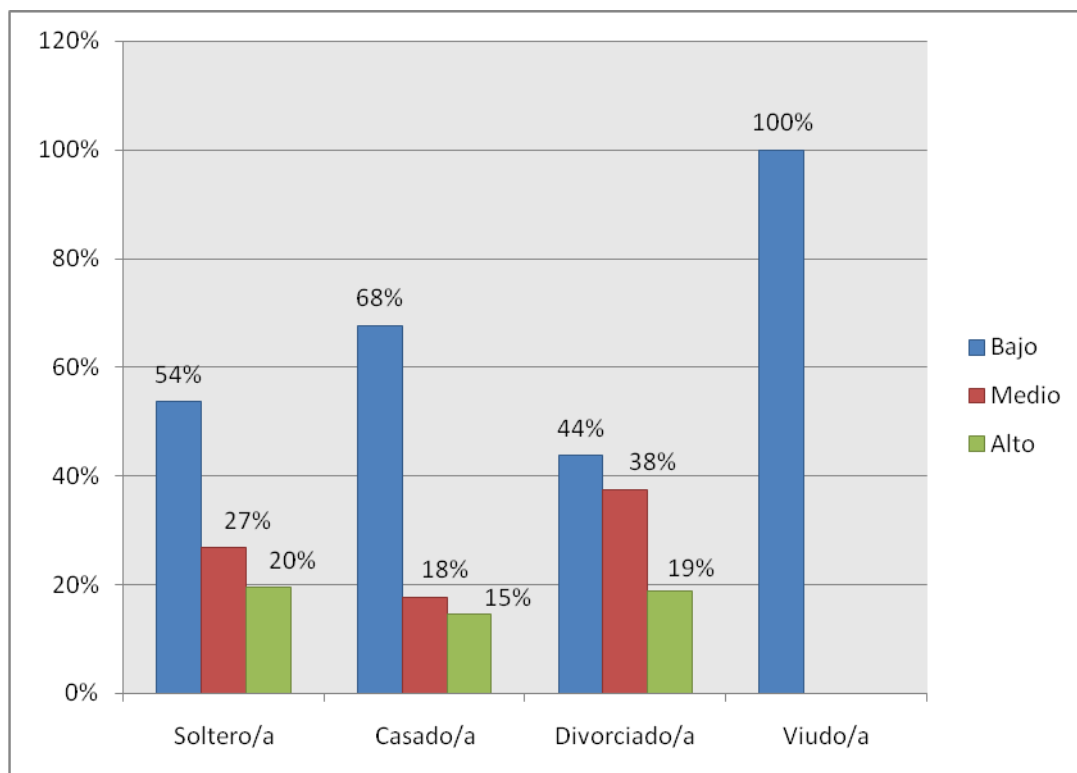


Tabla. 11. Tabla de contingencia: estrés emocional y estado civil.

Estrés Emocional	Solteros		Casados		Divorciados		Viudos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	22	54	42	68	59	44	1	100
Medio	11	27	11	18	27	38	0	0
Alto	8	20	9	15	14	19	0	0

Observamos como los casados presentan puntajes bajos de estrés emocional (54%), el 27% de participantes presentan niveles medios y el 20% niveles altos. En el grupo de solteros, el 68% presentó puntajes bajos, seguido de un 18% con puntajes medios y el 15% presentó un nivel alto de estrés emocional. Seguimos con los divorciados donde se ve que, 7 personas (44%) de este grupo presentaron niveles bajos de la escala, seguido de 6 personas (38%) se ubico en la categoría media y apenas 3 personas(19%) alcanzó puntajes altos. El último grupo, el de las personas viudas, encontramos a una sola persona en este grupo, que presentó un nivel bajo en la escala de estrés emocional (tabla. 11).

De manera seguida analizamos la relación entre el estrés emocional y la ocupación, no encontrándose relación significativa ($X^2=2,89$, $p=0,236$), vimos que en el grupo de

doctores la mayoría 55%(n=44) presentó niveles bajos dentro de esta escala, el 25%(n=20) se ubicó en niveles medios de la escala, y el restante 20%(n=16) presentó niveles altos en esta escala. Pasando al grupo del personal administrativo de dicha casa de salud, se vio que el 70%(n=28) de los participantes destacan con puntajes bajos en la escala de estrés emocional, mientras que el 20%(n=8) presentó niveles medios de estrés emocional y por último, apenas el 10%(n=4) alcanzó niveles importantes de estrés (tabla. 12).

Tabla. 12. Tabla contingencia: estrés emocional y ocupación.

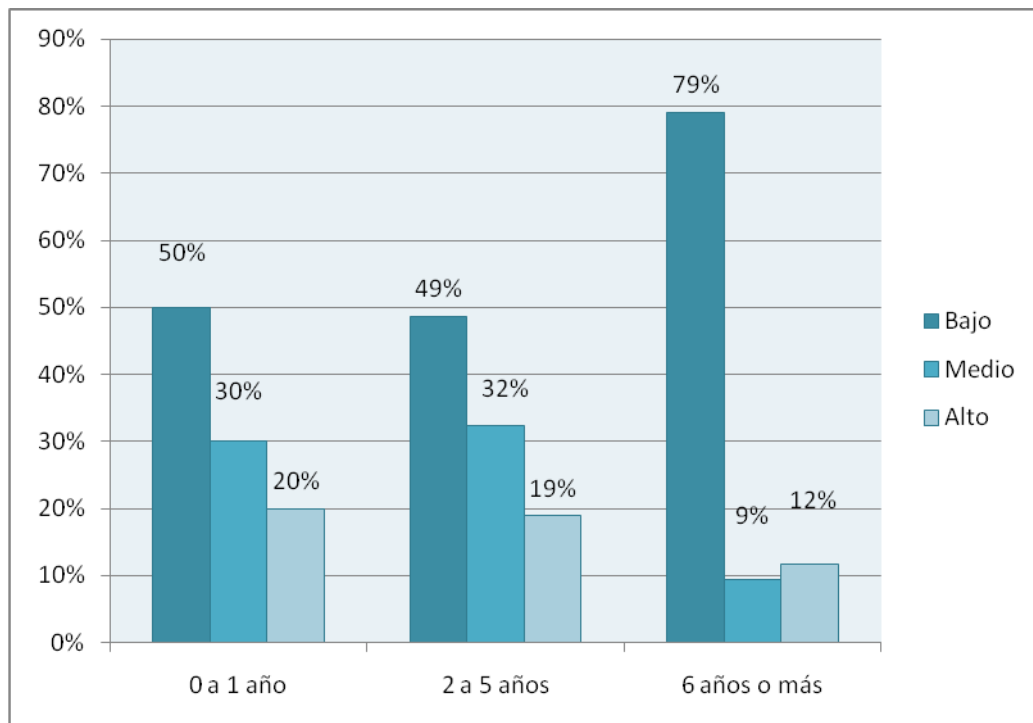
Estrés Emocional	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Bajo	44	55	28	70
Medio	20	25	8	20
Alto	16	20	4	10

Tabla. 13. Tabla de contingencia: estrés emocional y ocupación en médicos.

Estrés Emocional	Tratantes		Residentes		Internos	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	29	64	9	56	59	32
Medio	9	20	5	31	27	32
Alto	7	16	2	13	14	37

Ahora analizando las sub-categorías dentro del grupo de los doctores observamos que, al igual que el grupo anterior, no se encontró relación con el estrés emocional ($X^2=7,25$; $p=0,123$) los resultados se exponen en la tabla 13. En el caso de la variable años de antigüedad en la profesión, de los médicos y el personal administrativo con cansancio emocional, se ha encontrado relación de dependencia entre estas dos variables ($X^2=10,8$; $p=0,029$). En el grupo de entre 0 a 1 año de antigüedad algo más del 50% ($n=20$) presentaron niveles bajos de estrés emocional, el 30% ($n=12$) tienen niveles moderados y algo más del 20% ($n=8$) tienen niveles altos de estrés en la escala (fig. 19).

Figura. 19. Estrés emocional y antigüedad en el trabajo.



Siguiendo con el grupo que ha trabajado en la institución por 2 a 5 años, vemos que, los niveles bajos prevalecen. El 49% ($n=18$) obtuvo puntajes bajos, en la categoría media se encontró a 12 personas (32%) y el 19% ($n=7$) alcanzó niveles altos de estrés. Por último

el grupo más antiguo (más de 6 años de trabajo) la gran mayoría tiene niveles leves de estrés (79%, n=34), apenas 4 personas se ubicaron en niveles moderados, dejando al 12% (n=5) en la categoría de estrés emocional severo (fig. 19).

Analizando ahora las horas de trabajo al día, se observa que no existe relación de dependencia entre estas dos variables ($X^2= 10,6$; $p=0,101$). En la tabla 14 se resume lo dicho anteriormente.

Tabla. 14. Tabla de contingencia: estrés emocional y horas de trabajo.

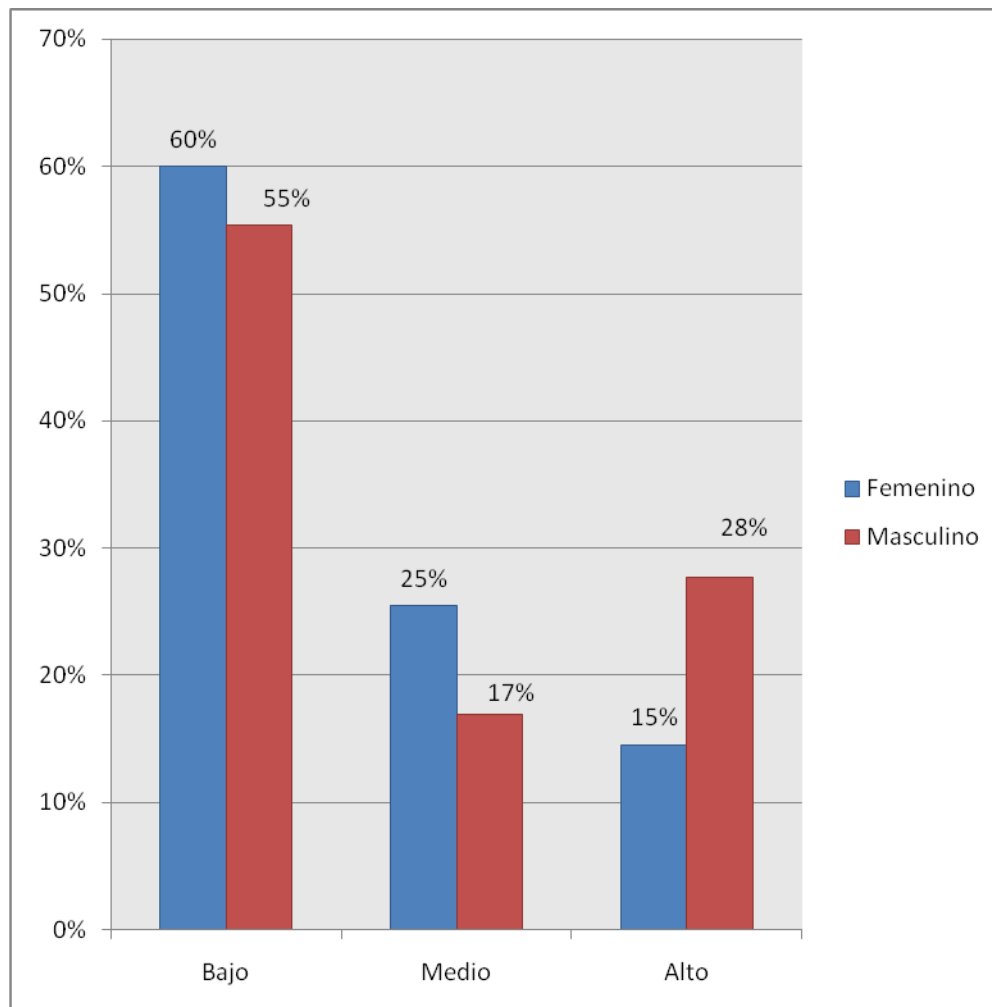
Estrés Emocional	6-8 h.		9-12 h.		13-16 h.		21-24 h.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	49	64	3	56	8	32	12	56
Medio	14	20	3	31	2	32	9	31
Alto	8	16	4	13	2	37	6	13

4.2.2 Despersonalización

Comenzamos analizando las variables sociodemográficas; sexo, edad, estado civil, y ocupación con los niveles de despersonalización; bajo, medio y alto. Uniendo la variable sexo con despersonalización encontramos que su relación no es estadísticamente

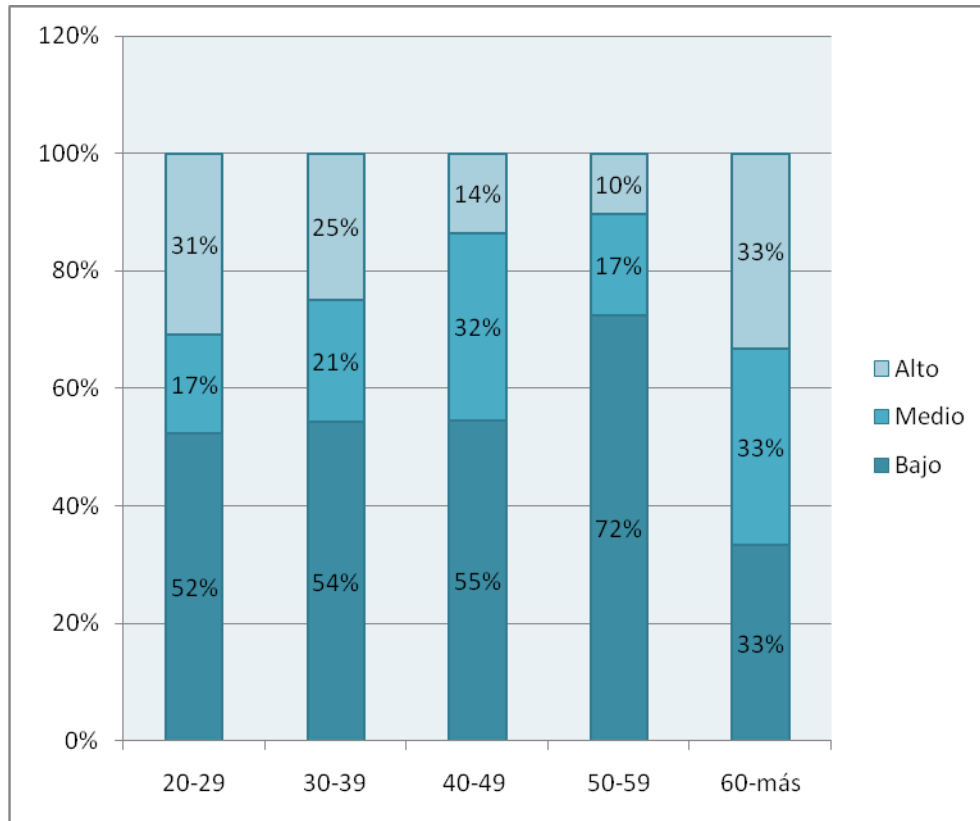
significativa ($X^2=3,53$; $p=0,171$), pero se observa que el 60%($n=33$) de las participantes mujeres presentan niveles bajos de despersonalización, seguido de un 25% ($n=14$) de mujeres que alcanzaron niveles medios en la escala, cerrando con un 15% ($n=8$). Los participantes varones presentaron un patrón similar, el 55%($n=36$) se ubico en la categoría más baja, mientras que el 17%($n=11$) obtuvo niveles moderados, el 28%($n=18$) alcanzó puntajes severos, mucho más altos que en grupo femenino (fig. 20).

Figura. 20. Despersonalización y género.



En cuanto a la variable despersonalización versus la edad, tampoco se encontró relación estadísticamente significativa ($X^2 = 4,44$; $p = 0,12$). En la figura 21, a continuación, se describe los hallazgos más relevantes.

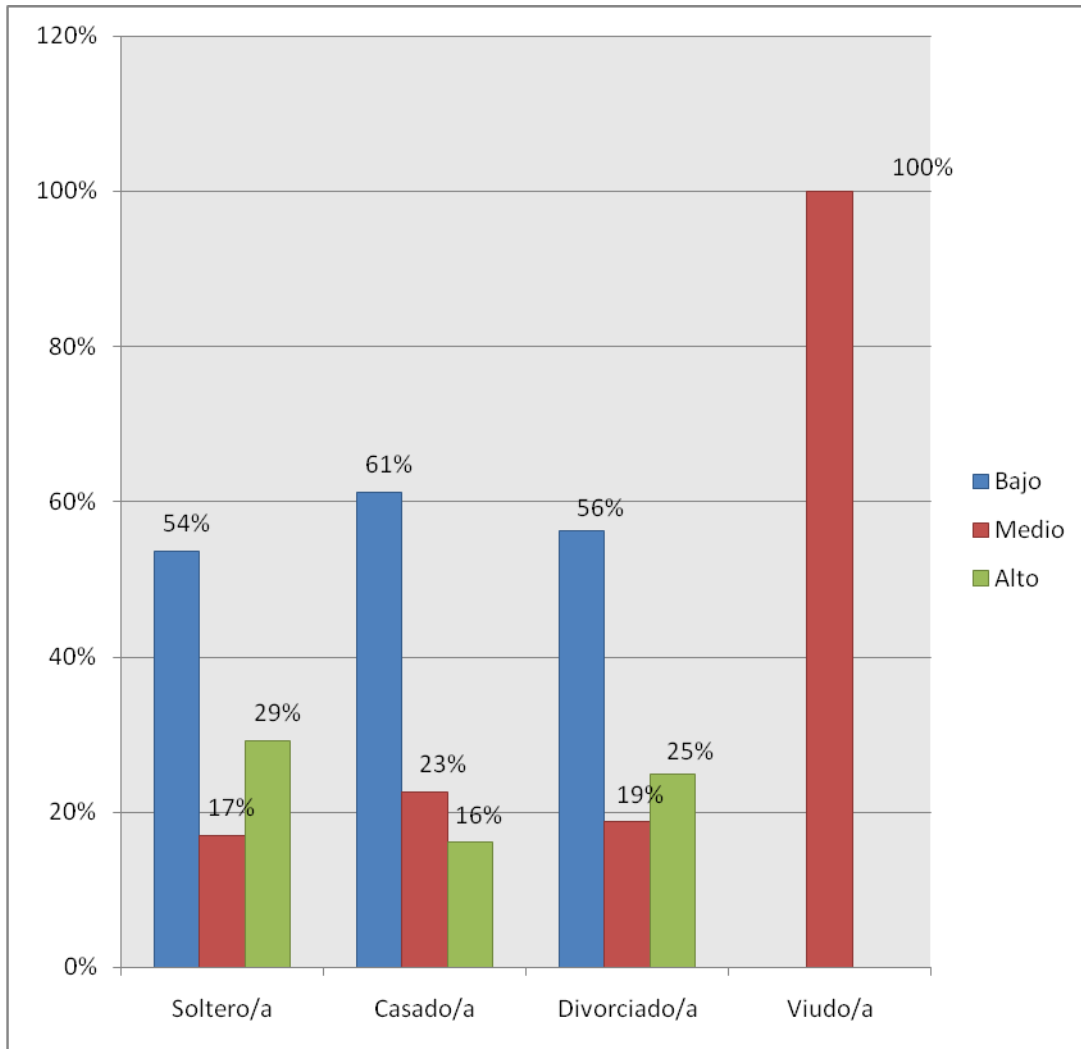
Figura. 21. Despersonalización y edad.



La siguiente variable a analizar fue el estado civil. Se analizó dicha variable versus las 3 categorías que posee la variable despersonalización: bajo, medio y alto. Al igual que las variables anteriores, tampoco se encontró una relación que sea estadísticamente significativa en dicha variable ($X^2 = 6,62$; $p = 0,36$), lo que se vio fue que en el grupo de personajes casados los niveles bajos y medios son los predominantes con 61%($n=38$) y 23%($n=14$) respectivamente, alcanzando a penas un 16%($n=10$) puntajes altos, en contraste con el grupo de participantes solteros, en el cual un 29%($n=12$) presentaron niveles severos de despersonalización (fig.22), sin embargo la gran mayoría se ubicó en

la categoría más baja de la escala (54%;n=22). Los profesionales divorciados, por otro lado, presentaron un patrón similar al de los sujetos solteros, arrojando los siguientes valores: el 56%(n=9) presentó niveles bajos de despersonalización, el 19%(n=3) niveles medios, y el 25%(n=4) alcanzó los niveles severos de despersonalización. En el grupo de participantes viudos, como sabemos solo existió una persona, que a diferencia de la variable estrés emocional en la cual presentó un nivel bajo, en despersonalización alcanzó un nivel moderado (fig.22).

Figura. 22. Despersonalización y estado civil.



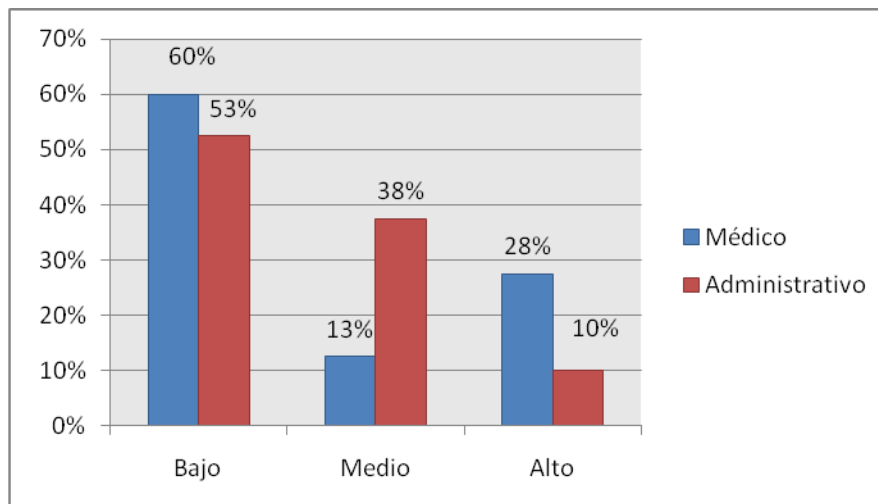
A continuación, analizamos las variables laborales: profesión, años de antigüedad en el trabajo, número de horas diarias trabajadas de acuerdo al nivel de despersonalización: bajo, medio y alto.

Hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de despersonalización y la profesión que desempeñan los participantes de este estudio ($\chi^2=12.03$; $p=0,024$). (tabla.15)(fig.23).

Tabla. 15. Tabla de contingencia: despersonalización y ocupación.

Estrés Emocional	Médico		Administrativo	
	N	%	N	%
Bajo	48	60	21	53
Medio	10	13	15	38
Alto	22	28	4	10

Figura. 23. Despersonalización y ocupación.



Se ve como en el grupo de los médicos hay un porcentaje mayor de sujetos en niveles severos de despersonalización (28%; n=22) en comparación con los administrativos que apenas un 10%(n=4) alcanzó niveles altos de estrés (fig. 23). Sin embargo este último grupo presenta un 38%(n=15) de profesionales encasillados en niveles medios de despersonalización versus un 13%(n=10) observado en el grupo de doctores. Por último hay que mencionar que ambos grupos; tanto médicos, como administrativos, se comportaron de manera similar al presentar puntajes bajos dentro de dicha escala. (60%, n=48; y 53%,n=21 respectivamente.)

Podemos concluir que en el grupo de médicos hay puntajes mucho más severos de despersonalización que en el personal que labora dentro del área administrativa, mientras que los puntajes medios de estrés se ven con mayor frecuencia en el segundo grupo, siendo esto estadísticamente significativo (tabla.15).

Sin alejarnos de este apartado, como ya se había descrito antes, se realizó también un análisis bivalente entre la categoría del personal sanitario, con todas sus variables (médicos tratantes, médicos residentes e internos rotativos) y la despersonalización, pero a diferencia del apartado anterior, aquí no hubo una relación estadísticamente significativa($X^2=4,57$; $p=0,33$) (fig. 24). Sin embargo se vio que el grupo que presentaba más frecuentemente niveles altos de despersonalización fue el de los participantes más jóvenes, como hemos estado observando anteriormente, los internos, presentando el 42%(n=8) niveles severos de estrés, seguido del grupo de doctores tratantes con un 24%(n=11) y en el último lugar, pero no de lejos están los médicos residentes con 19%(n=3).

Los residentes que presentaron niveles medios de despersonalización fueron el 19%(n=3) del total, seguidos de los internos con 16%(n=3) y en el último lugar los médicos tratantes con 9%(n=4), observándose una vez más que los puntajes moderados son más frecuentes entre los médicos un poco más jóvenes. Por último el 67%(n=30) de los tratantes, el 63%(n=10) y el 42%(n=8) de los internos presentaron niveles leves de despersonalización, con una ligera predominancia de los médicos con más edad. (fig.24).

Figura. 24. Despersonalización entre el personal médico.

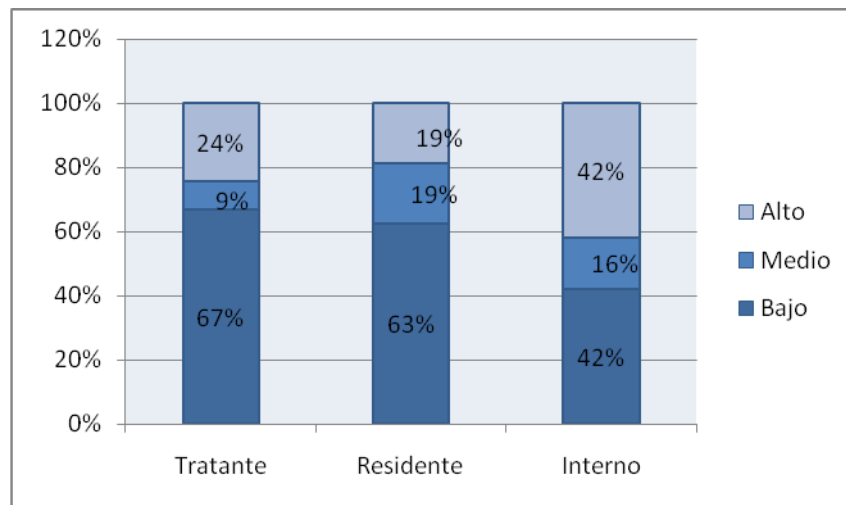
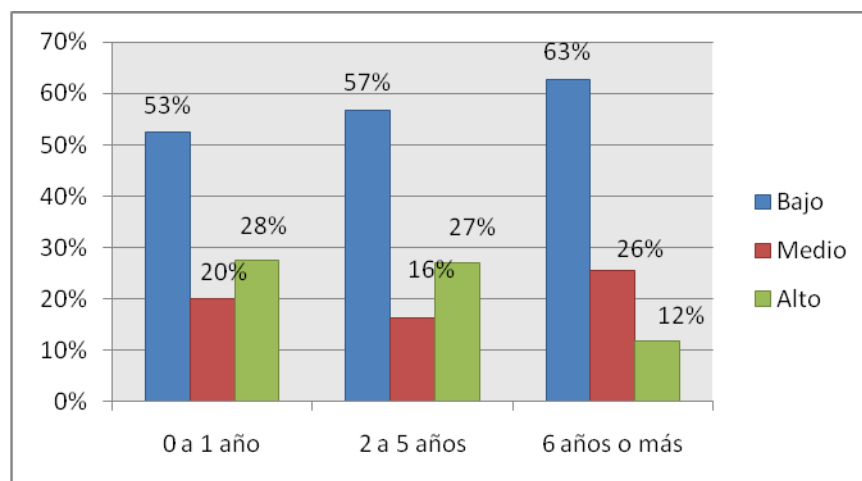


Figura. 25. Despersonalización y años de antigüedad.



Dejando atrás la profesión, nos centraremos ahora en el análisis de la antigüedad en el trabajo actual con los 3 niveles de despersonalización. Aunque no se encontró relación estadísticamente significativa ($X^2=4,36$; $p=0,36$), se observa que los participantes que más frecuentemente presentaron puntajes altos son los que han trabajado por menos de un año, seguidos del grupo de dos a cinco años, con 28%(n=11) y 27%(n=10) respectivamente, quedando con apenas 12%(n=5) el grupo de profesionales que han realizado su trabajo por más de 6 años. (fig.25).

Hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de despersonalización y el número de horas diarias trabajadas en el centro de trabajo ($\chi^2=13,56$; $p=0,03$).

Al analizar vemos que, el grupo que alcanzó el más alto puntaje de despersonalización fue el de personas que trabajan en un promedio de 9 a 12 horas al día con un 60%(n=6), seguido de un 26%(n=7) del grupo que trabajo un aproximado de 21 a 24 horas, muy de cerca se observa al grupo que contesto que trabaja 13 a 16 horas al día con 25(n=3), y de lejos con 14%(n=10) el grupo que trabaja hasta ocho horas diarias(fig.26).

Siguiendo un patrón similar, el grupo que más frecuentemente presentó niveles moderados de despersonalización fue el de 13 a 16 horas con 25%, seguido 24% las personas que laboran ocho horas al día, seguido de un 20% de las personas que trabajan 9 a 12 horas y en último lugar con apenas 11%, el grupo de profesionales que realizan de 21 a 24 horas de trabajo (tabla.16).

Los niveles más leves de la escala de despersonalización del Maslach Burnout Inventory, al contrario de lo que se hubiese pensado, se encontraron en el grupo que trabaja más horas, con un 65%(n=17), muy similar fue el grupo de seis a ocho horas de trabajo con 62%(n=44), seguido con 50%(n=6) de las personas que trabajan de 13 a 16 horas, y el 20%(n=2) del grupo que trabaja 9 a 12 horas.

En resumen, los puntajes más severos están en los grupos que trabajan más de ocho horas diarias, especialmente, los que trabajan de 9 a 12 horas. (fig.26) (tabla.16).

Figura.26. Despersonalización y horas de trabajo.

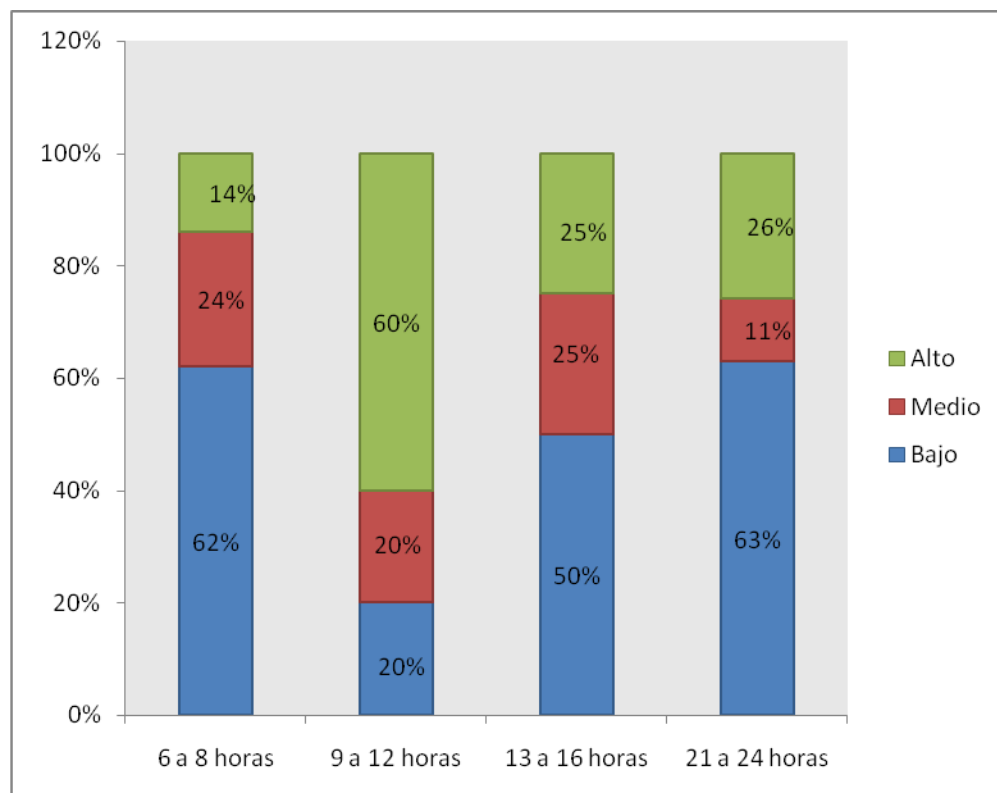


Tabla. 16. Tabla de contingencia: despersonalización y horas de trabajo.

Despersonalización	6-8 h.		9-12 h.		13-16 h.		21-24 h.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	44	62	2	20	6	50	17	63
Medio	17	24	2	20	3	25	3	11
Alto	10	14	6	60	3	25	7	26

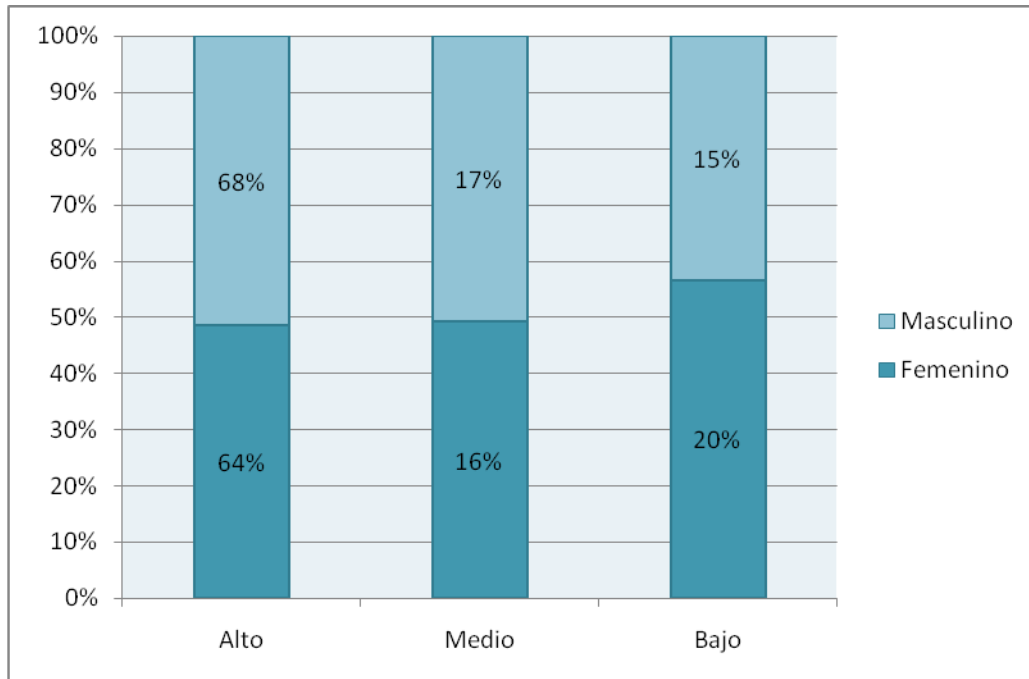
4.2.3 Falta de realización personal

Comenzamos el análisis de la dimensión falta de realización personal con el estudio de los niveles de esta dimensión; bajo, medio y alto, y las variables sociodemográficas; sexo, edad, estado civil y ocupación. Como se explicó con anterioridad la escala de falta de realización personal es inversamente proporcional al grado de estrés que presenta el paciente, es decir, mientras más bajos los puntajes, mayor el estrés ocasionado por la falta de realización personal.

La primera variable analizada fue el género, se realizó el análisis bivalente, pero no se encontró una relación estadísticamente significativa ($X^2=0,44$; $p=0,802$), sin embargo es importante describir los hallazgos: tanto hombres, como mujeres presentaron niveles altos

de falta de realización personal, presentando, 68%(n=44) y 64%(n=35) respectivamente. Igual situación para los niveles medios que se observaron en el 16%(n=9) de las mujeres y en el 17%(n=11) de los varones participantes. En los niveles bajos de la falta de realización personal, la situación varía un poco, en el sexo femenino, el 20%(n=11) se ubicó en dicha categoría, mientras que 15%(n=10) de los hombres presentó dichos niveles, se observa una ligera predominancia en el sexo femenino, aunque, esto no sea estadísticamente significativo. (fig.27).

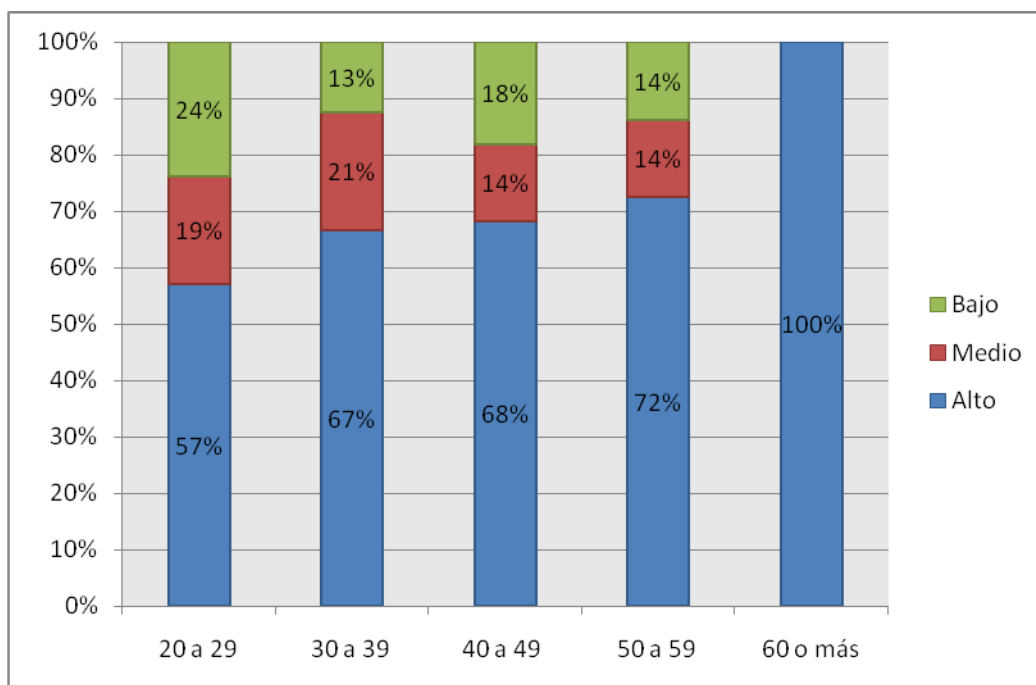
Figura. 27. Realización personal y género.



Para la variable edad, del total de individuos con niveles altos de falta de realización personal, aproximadamente el 24% tiene entre 20 a 29 años, el 13% tiene entre 30 y 39 años, el 68% tiene de 40 a 49 años, en el grupo de 50 a 59 años se encontró un 71%, y en el grupo de más de 60 años fue del 100%. De los profesionales con niveles medios de

esta dimensión, los porcentajes para los de 20 a 29 años fueron alrededor del 19%, los que tienen entre 30 y 39 años un 21%, los mayores de 40 años y menos de 49 años, son el 14%, y por último, los del grupo de 50 a 59 años, un 14%, ya que en el grupo de personas mayores de 60 años, no se encontró a ningún individuo con puntajes medios ni bajos dentro de la escala (fig.28). Y para los individuos con niveles bajos (que son los niveles más severos) los porcentajes son del 24%, 13%, 18% y 40%, respectivamente ($X^2=4,44$; $p=0,81$).

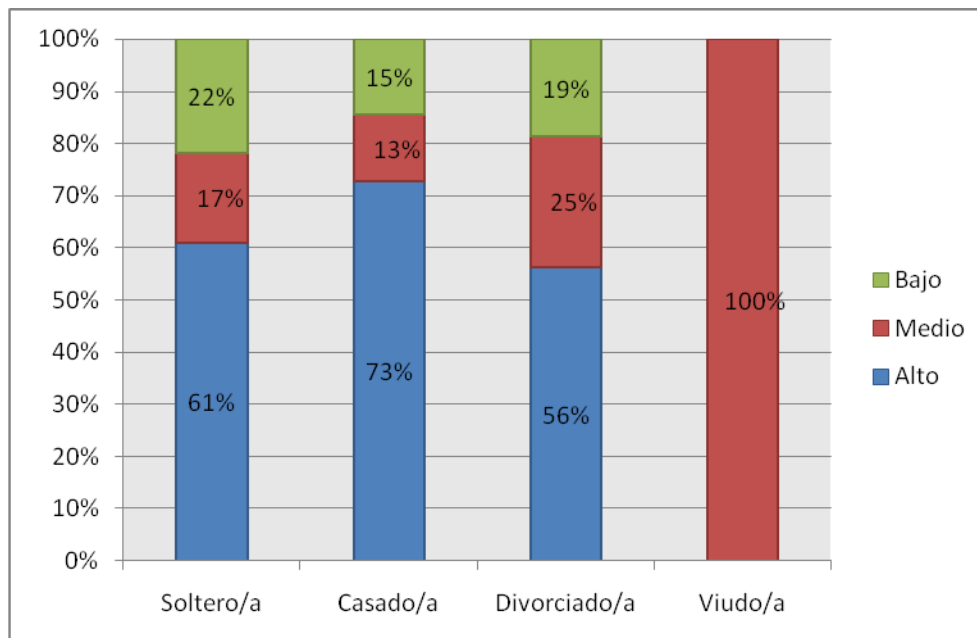
Figura. 28. Realización personal y edad.



Estado civil; comenzando por el total de participantes que presentaron niveles altos de la escala de falta realización personal del Maslach Burnout Inventory, se observa que en los participantes, que no tienen pareja, es decir los solteros, y divorciados, los porcentajes son similares con 61% y 56% respectivamente, mientras los casados un mayor porcentaje de participantes alcanzó niveles altos de la escala con 73%, por otro lado no existió

participantes viudos con niveles altos de falta de realización personal (fig.29). Ahora observemos los puntajes medios, se encontraron puntajes similares entre los solteros, casados, con 17% y 13% respectivamente, en el grupo e divorciados, el porcentaje fue un poco más alto con 25%, mientras que el único participante viudo se ubicó dentro de los puntajes medios. Continuando con los puntajes bajos, observamos que, los puntajes para los solteros, casados y divorciados fueron parecidos con 22%, 15%, y 19% respectivamente. Observando los resultados encontrados, se obtuvo un $X^2= 7,79$ con un valor para $p=0,25$; por lo tanto, no existió relación estadísticamente significativa entre dicha variable y el estado civil de los participantes. (fig.29).

Figura. 29. Realización personal y estado civil.



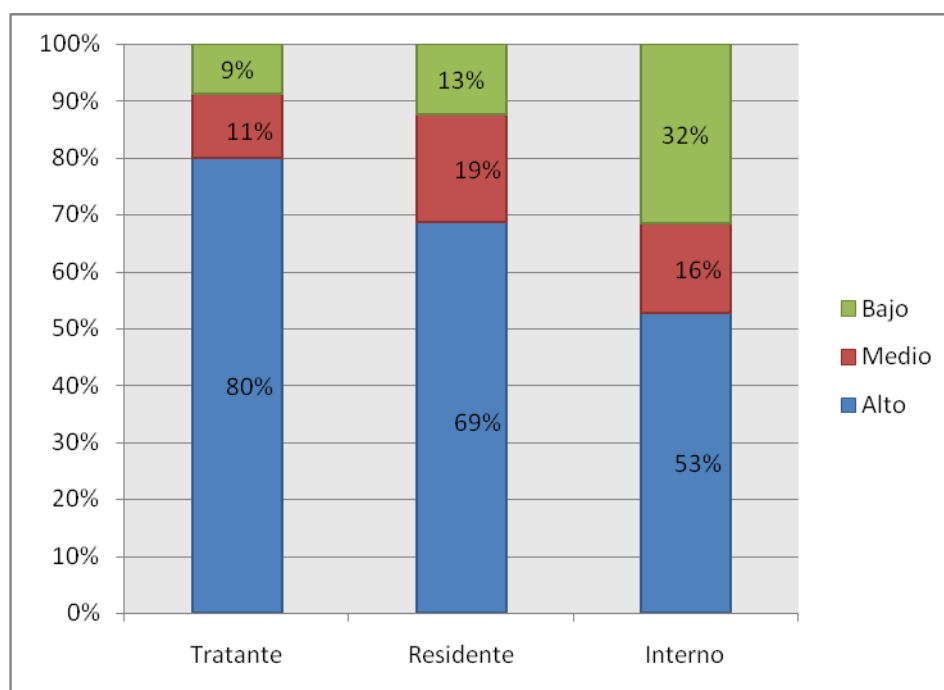
A continuación, analizamos los niveles de falta de realización personal; bajo, medio y alto, y las variables laborales; profesión, años de antigüedad en la profesión, y número de horas diarias trabajadas. No hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de falta de realización personal y la profesión ($\chi^2=3,15$;

p=0,206). Dentro del personal administrativo se observa que el 55%(n=22) estuvo dentro de puntajes altos, los puntajes medios y bajos fueron iguales con 23%(n=9) cada uno. En el personal médico, se observa un patrón parecido, con 71%(n=57), 14%(n=11), y 15%(n=12) para las categorías alto, medio y bajo, respectivamente. (tabla.17).

Tabla. 17. Tabla de contingencia: realización personal y ocupación.

Estrés Emocional	Médicos		Administrativos	
	N	%	N	%
Alto	57	71	22	55
Medio	11	14	9	23
Bajo	12	15	9	23

Fig. 30. Realización personal entre médicos.



Analizamos, dentro de esta misma variable, solo a los participantes médicos: tratantes, residentes e internos, sin encontrarse relación estadística ($X^2=6,67$; $p=0,154$), los resultados se resumen en la figura 30.

Seguimos ahora con la relación bivariante entre los niveles de falta de realización personal y el número de horas de trabajo realizado. Los resultados encontrados no fueron estadísticamente significativos ($X^2=1,36$; $p=0,96$).

Del total de individuos con niveles altos de la escala, que trabajan de 6 a 8 horas, de 9 a 12, de 13 a 16 y de 21 a 24 horas, los porcentajes fueron 63%, 70%, 75% y 67% en ese mismo orden, se puede ver que las frecuencias son muy similares en todos los grupos.(fig.31).

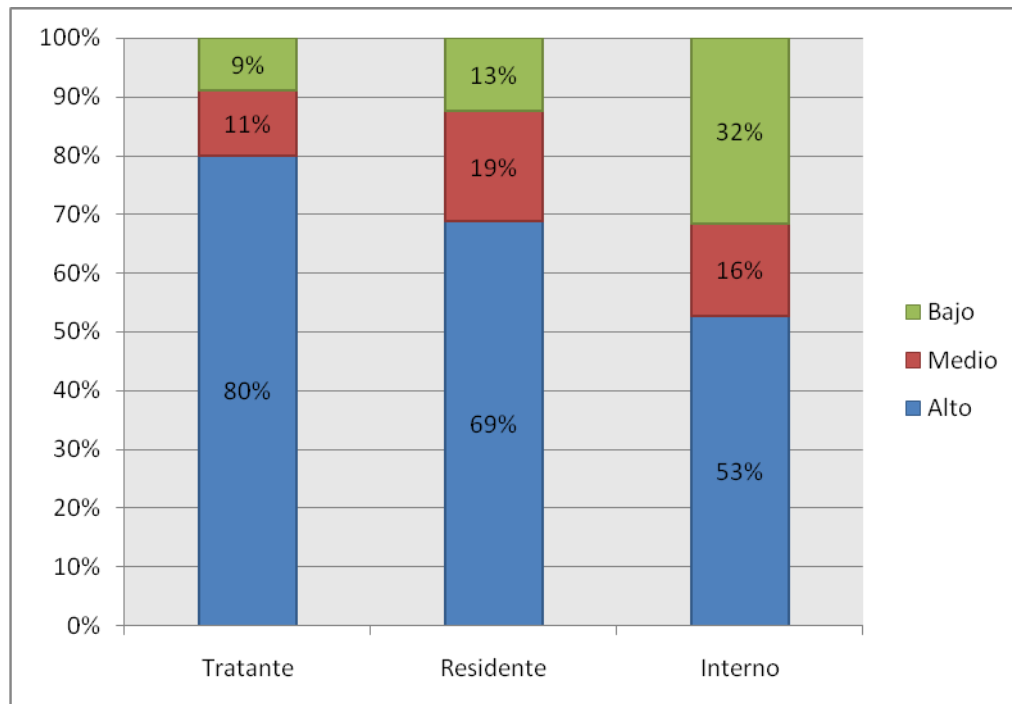
Analizando posteriormente los puntajes medios de falta de realización personal, se observó algo similar al grupo anterior, encontrándose: 18%, 10%, 8% y 19% respectivamente, aunque a diferencia del apartado anterior, aquí apreciamos como, en el grupo que trabaja de 6 a 8 horas y en el que se trabaja de 21 a 24 horas, existe más individuos que presentan niveles medios que en los otros 2 grupos de trabajo. (tabla18).

Por último analizamos los niveles más severos de esta escala, es decir, los individuos aquellos que han presentado niveles bajos de realización personal. Al igual que en los individuos del primer grupo, aquí los sujetos presentaron: 18% los sujetos que trabajan entre 6 a 8 horas, seguidos con un 20% para los que trabajan de 9 a 12 horas, los que trabajan de 13 a 16 horas al día un 17%, terminando con un 15% en las personas que realizan su trabajo durante 21 a 24 horas. (fig.31) (tabla.18).

Tabla. 18. Tabla de contingencia: Realización personal entre médicos.

Estrés Emocional	Tratantes		Residentes		Internos	
	N	%	N	%	N	%
Alto	36	80	11	69	10	53
Medio	5	11	3	19	3	23
Bajo	4	9	2	13	6	23

Figura. 31. Realización personal entre médicos.

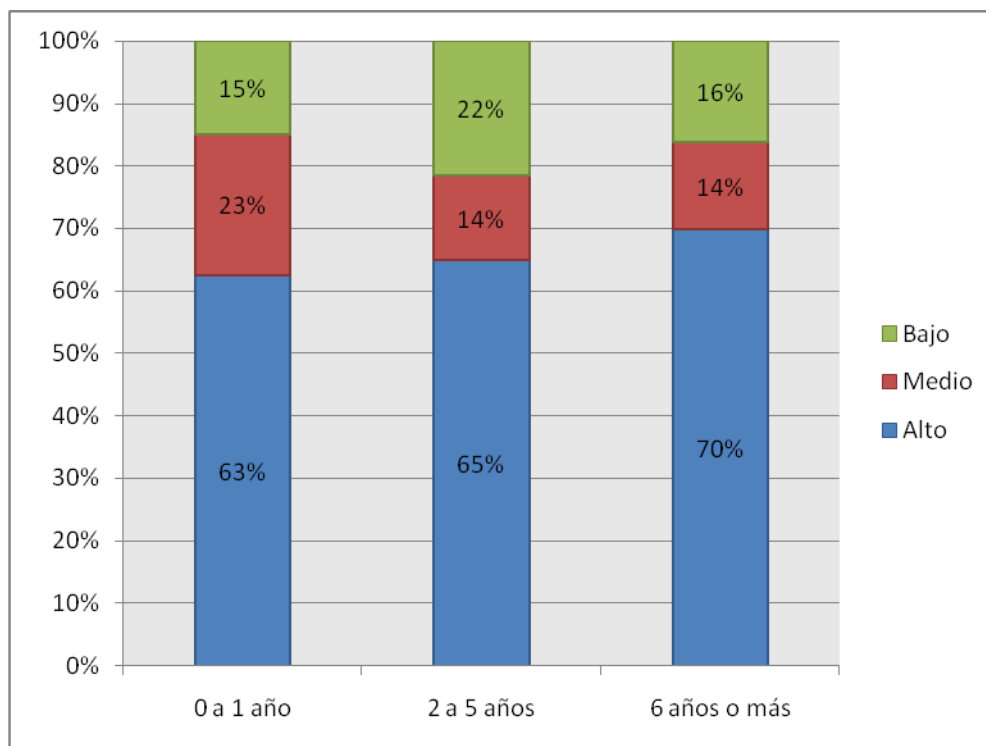


Para terminar con el análisis, echemos un vistazo a la variable “antigüedad en el trabajo”, la cual no presentó asociación estadísticamente significativa ($X^2=1,94$; $p=0,746$).

Analizando el grupo que ha laborado menos de un año se encontró que las frecuencias para las categorías alto, medio y bajo fueron de: 63%(n=25), 23%(n=9) y 15%(n=6) respectivamente. Los resultados dentro del grupo de personas que han trabajado en la institución por el periodo de dos a cinco años, fueron: 65%(n=24) puntajes altos, 14%(n=5) en los niveles medios, y 22%(n=8).

El último grupo para analizar es el de los profesionales que han pertenecido a la institución por 6 años o más, las características de este grupo también fueron similares a las encontradas en los profesionales que han trabajado menos años en el Hospital IESS de la ciudad de Riobamba, 70%(n=30) presentó puntajes altos, en la categoría intermedia se observó al 14%(n=6), por último, el 16%(n=7) presentaron niveles bajos de falta de realización personal.

Figura. 32. Realización personal y antigüedad en la profesión.



4.2.4 Síndrome de Burnout (dicotómica).

Como sabemos, el síndrome de burnout tiene tres dimensiones: estrés emocional, despersonalización y falta de realización personal, cada una a su vez nos entrega puntajes bajos, medios y altos, con los cuales determinamos la ausencia o presencia de burnout en nuestra población. Se tomaron a todos los individuos con puntajes bajos y se los encasillo como participantes con ausencia de burnout, mientras que a los sujetos con puntajes medios y altos fueron llamados participantes con presencia de síndrome de burnout, de tal manera que al final tuvimos una variable dicotómica de estrés laboral.

Comenzando con el análisis podemos ver que, el 30%(n=36) de los profesionales encuestados no tienen el síndrome de estrés laboral (burnout), mientras que el restante 70%(n=84) poseen dicho síndrome. A continuación realizamos el análisis bivalente del síndrome de burnout con todas las variables restantes, comenzando por las variables sociodemográficas. (fig. 33) (tabla.19).

Figura. 33. Síndrome de Burnout (estrés laboral).

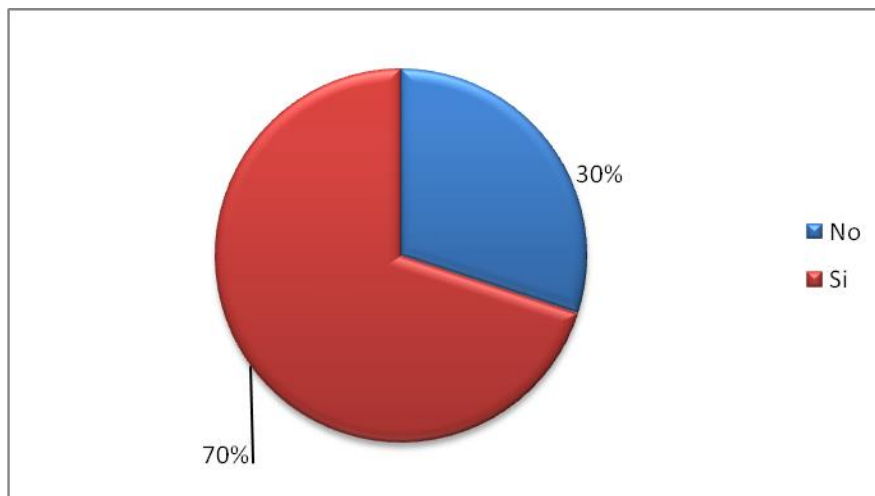
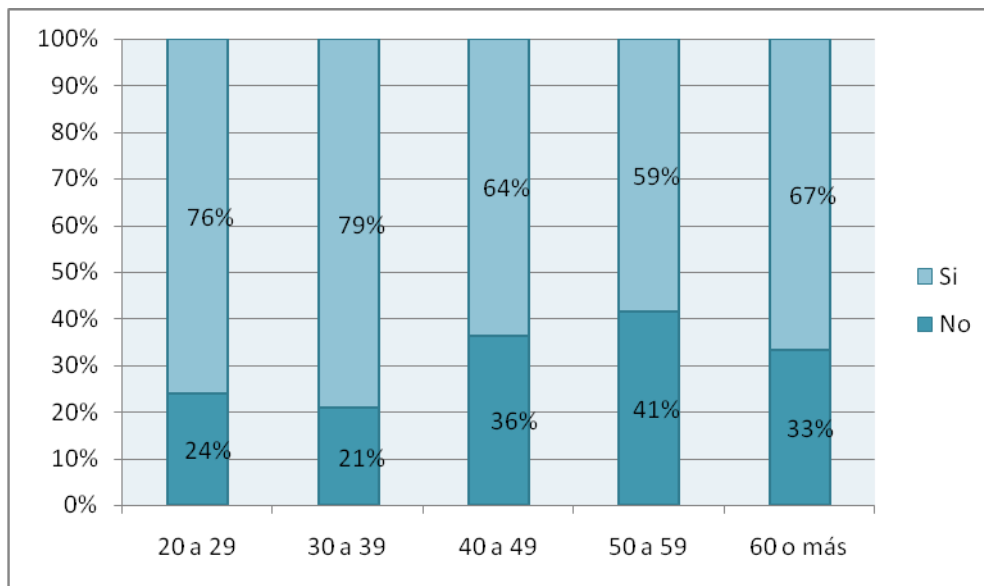


Tabla. 19. Síndrome de Burnout.

Estrés Laboral	Casos	Frecuencias
No	36	30%
Si	84	70%
Total	120	100%

Figura. 34. Estrés laboral y edad.



Con respecto a la variable edad, vemos que no existe relación significativa con el estrés laboral ($\chi^2=3,96$; $p=0,59$), en el grupo de profesionales que no presentaron síndrome de burnout, las frecuencias fueron muy similares entre sí, así tenemos que; el 24% ($n=10$) tuvieron entre 20 a 29 años, el 21% ($n=5$) en los sujetos con edades entre 30 a 39 años, un 36% ($n=8$) en el grupo de 40 a 49 años, el 41% ($n=12$) para las personas con edades de

50 a 59 años y el 33%(n=1) en los sujetos mayores de 60 años. Continuemos con los trabajadores que sí presentaron estrés laboral; en los más jóvenes, de 20 a 29 años, la frecuencia fue del 76%(n=32), un 79%(n=19) para los sujetos de entre 30 a 39 años y un 64%(n=14), 59%(n=17) y 67%(n=2) para los profesionales que poseen edades entre 40 a 49, 50 a 59 y más de 60 años respectivamente.(fig.34).

A continuación se analizó la variable género, sin embargo no se encontró una relación de dependencia entre dichas variables ($X^2=1,96$; $p=0,161$). Las frecuencias para el género femenino fueron las siguientes: sin síndrome de burnout el 36%(n=20), con síndrome de estrés laboral 64%(n=35). Para el género masculino las frecuencias fueron similares, el 25%(n=16) no presentó estrés laboral, mientras que el restante 75%(n=49) calificó con estrés laboral. (tabla.20).

Tabla. 20. Tabla de contingencia: Estrés laboral y género.

Estrés Laboral	Femenino	Masculino
No	36%	25%
Si	64%	75%
Total	100%	100%

Siguiendo con el análisis bivariante, llegamos a la variable estado civil, de igual manera aquí tampoco pudimos encontrar una relación significativa con el estrés laboral, sin

embargo es interesante describir los hallazgos (fig.35). El grupo en el que más participantes presentaron burnout fue el de los viudos con un 100%(n=1), seguido de cerca por las personas divorciadas en las que se encontró que el 88%(n=14) presenta estrés laboral, en los participantes solteros el 73%(n=30) presentó burnout y en el último lugar tenemos a los casados con 63%(n=39) (fig.35).

La categoría de estado civil también la dividimos en dos: las personas casadas o con pareja estables, y otro grupo donde se ubicó a quienes son solteros, divorciados, viudos o no tienen pareja estable, sin embargo al igual que en el apartado anterior, tampoco se encontró relación estadística con el burnout ($X^2=3,08$; $p=0,079$) aunque se estuvo cerca de alcanzar un valor de significancia estadística. (fig.36).

Figura.35. Estrés laboral y estado civil.

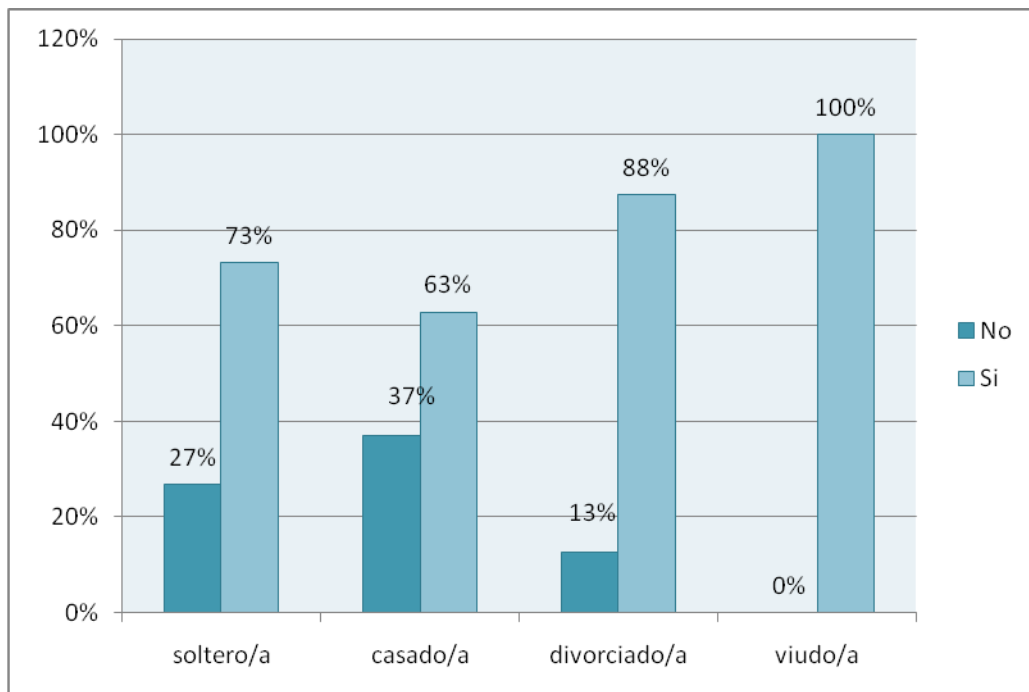
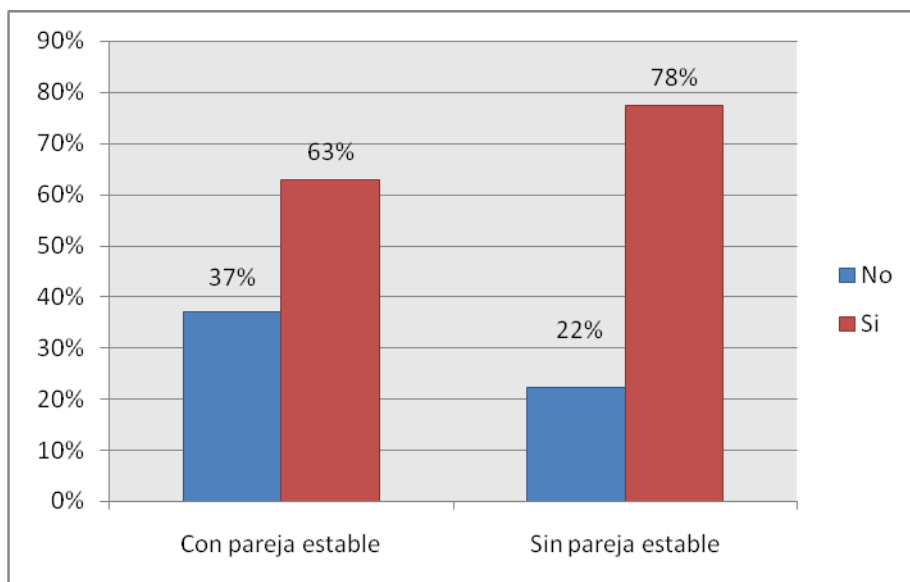
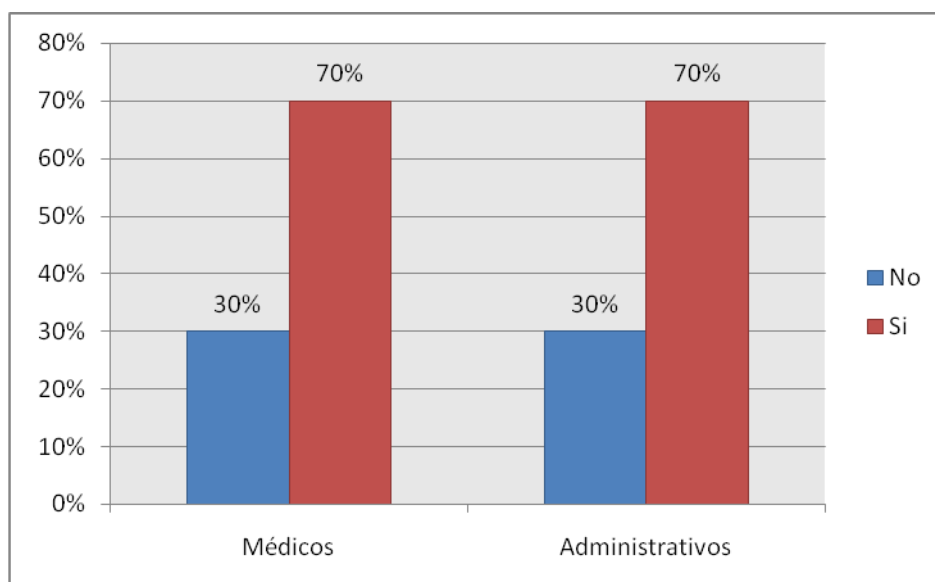


Fig. 36 Estrés laboral y pareja estable.



Luego realizamos el análisis estadístico entre el síndrome de burnout y la profesión, en primer lugar analizamos al personal administrativo versus los médicos que laboran en dicha casa de salud. Los porcentajes para el primer grupo fueron los siguientes: no tuvieron síndrome de burnout 30%(n=12) y tuvieron síndrome de burnout un 70%(n=56).

Figura. 37. Estrés Laboral y ocupación.



De manera curiosa, en el grupo de doctores, se hallaron las mismas frecuencias, 30%(n=24) no tuvieron estrés laboral, mientras que el 70%(n=56) presentaron estrés laboral. De acuerdo a los resultados antes descritos, se llega a la conclusión de que no existe relación estadísticamente significativa porque no se evidencian diferencias entre los dos grupos, por lo tanto el valor de p sería igual a 1. (fig.37).

También realizamos el análisis dentro del grupo de galenos, vimos que el grupo de internos rotativos fueron los sujetos que más burnout presentaron con un 89%(n=17), seguido por el grupo de residentes con el 75%(n=12) y en último lugar los médicos tratantes con un 60%(n=27), y una vez más como el síndrome de burnout es más frecuente en los participantes más jóvenes, que trabajan más horas al día. Aunque el $X^2=5,76$ y el valor de $p=0,056$, no representen una relación estadísticamente significativa, se ve como el valor de p estuvo muy cerca de ser significativo ($p=0,05$). (tabla. 21).

Tabla. 21. Tabla de contingencia: Estrés laboral y ocupación entre médicos.

Estrés Laboral	Tratante	Residente	Interno
No	40%	25%	11%
Si	60%	75%	89%
Total	100%	100%	100%

Siguiendo con la descripción, analizamos la relación entre la presencia o ausencia de estrés laboral versus las horas de trabajo al día sin encontrarse una asociación

estadísticamente significativa ($X^2=1,81$; $p=0,612$). De las personas que trabajan seis a ocho horas diarias el 66%($n=47$) tienen burnout, en los sujetos que laboran de 9 a 12 horas se encontraron las frecuencias más altas de sujetos con estrés laboral con un 80%($n=8$), el 67%($n=8$) para los trabajadores del grupo de 13 a 16 horas y para terminar, el grupo que labora entre 21 a 24 horas, que presentó una frecuencia igual al 78%($n=21$). (tabla.22).

Terminando con el análisis del estrés laboral como variable dicotómica, procedimos a realizar la asociación con los años de trabajo dentro del hospital IESS de la ciudad de Riobamba.

Se analizó de dos formas dicha categoría: 1) se analizó el burnout versus los años de trabajo en sus tres categorías; de 0 a 1 año, 2 a 5 años y 6 años o más, encontrándose que el 78%($n=31$), 76%($n=28$) y 58%($n=25$) respectivamente presentaron síndrome de burnout, con un valor de $X^2= 4,52$ y un valor de $p=0,104$, valores que no representan una relación estadística significativa.(tabla.23); 2) Se transformó la variable años de antigüedad en el trabajo en una variable doble en la cual tuvimos 2 categorías, aquellos trabajadores que no han trabajado más de 5 años y la otra, los sujetos que han trabajado más de 6 años, encontrándose una relación de dependencia entre estas dos variables ($X^2=4,49$; $p=0,034$) y se vio que el grupo que tuvo más participantes con síndrome de burnout fue el de los participantes que menos años han trabajado en dicha institución sanitaria con un 77%($n=59$) frente a un 58%($n=25$) de profesionales que han trabajado más de 6 años en el hospital.(tabla.24)(fig.38).

Tabla. 22 Tabla de contingencia: estrés laboral y horas de trabajo.

Estrés laboral	6 a 8	9 a 12	13 a 16	21 a 24
No	34%	20%	33%	22%
Si	66%	80%	67%	78%
Total	100%	100%	100%	100%

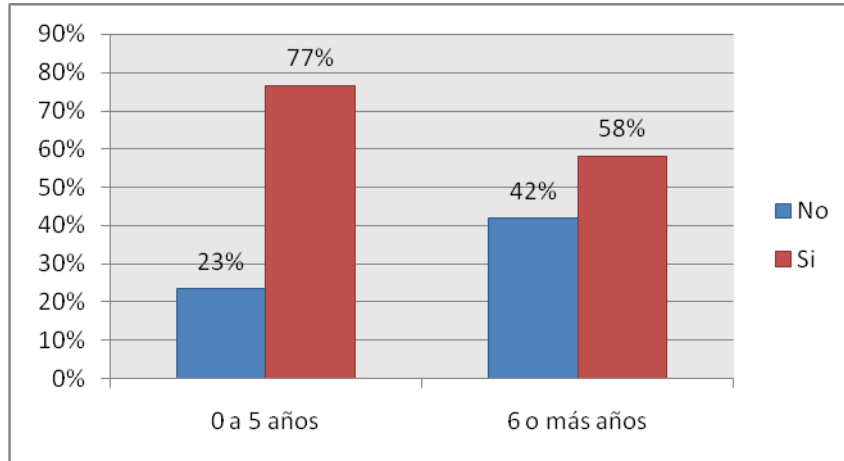
Tabla. 23. Tabla de contingencia: estrés laboral y antigüedad en el trabajo.

Estrés laboral	0 a 1 año	2 a 5 años	6 o más
No	23%	24%	42%
Si	78%	76%	58%
Total	100%	100%	100%

Tabla. 24. Tabla de contingencia: Estrés laboral y antigüedad de la profesión dos.

Estrés Laboral	0 a 5 años		6 años o más	
	N	%	N	%
No	18	23	18	30
Si	59	77	25	70
Total	77	100	43	100

Figura. 38. Estrés laboral y antigüedad en la profesión dos.



4.3 Colon Irritable

Comenzando con el análisis del síndrome del colon irritable, primero analizaremos cual es la frecuencia de dicha patología en nuestra población a estudiar. El 73%(n=88) no tiene criterios para encasillarse como colon irritable, por otro lado, el 27%(n=32) fueron los sujetos afectados por el síndrome del intestino irritable, prevalencia muy similar a las encontradas en otras poblaciones. (fig.39)(tabla.25).

Figura. 39. Síndrome de colon irritable.

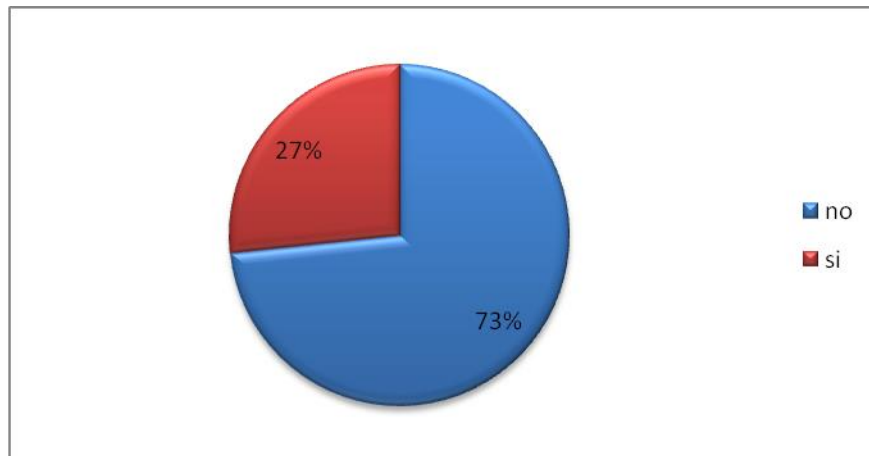


Tabla. 25. Colón Irritable

Colón irritable	Casos	Porcentajes
No	88	73%
Si	32	27%
Total	120	100%

Posteriormente realizamos un análisis uni-variante de los pacientes que poseen dicha entidad patológica con respecto a su edad para conocer mejor las características que definen a este grupo. La edad media de los profesionales con colón irritable fue de 37,44 años con una desviación estándar de 12,59 años, el valor máximo de la edad fue de 60 años y la edad mínima fue de 23 años, resultados que son prácticamente iguales en comparación al universo de la población en estudio.

Tabla.26. Edad de sujetos con colón irritable.

Edad media	37.44
Desviación estándar	12.59
Valor Máximo	60
Valor Mínimo	23
Rango	37

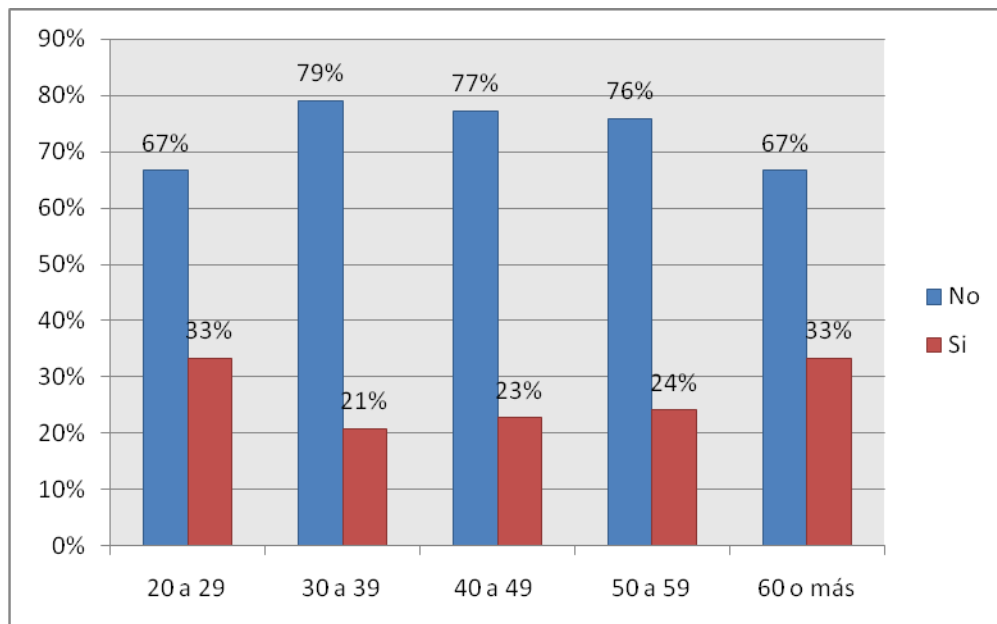
Estudio bivalente del Síndrome del Intestino Irritable

Seguidamente exponemos el análisis descriptivo, bivalente del síndrome de colon irritable en relación con el resto de variables ya descritas.

4.3.1 Colon irritable y edad.

Realizando la tabla de contingencia entre dichas variables, no se encontró una relación de dependencia ($X^2=1,71$; $p=0,78$). En la población de personas de 20 a 29 años la prevalencia de colon irritable alcanzó el 33% ($n=14$), para los sujetos de 30 a 39 años fue el 21% ($n=5$), el 23% ($n=5$) presentó el intestino irritable en el grupo de edad de 40 a 49 años, para los individuos cuyas edades oscilan entre 50 a 59 años fue aproximadamente el 24% ($n=7$) y por último las personas mayores de 60 años presentaron una prevalencia del 33% ($n=1$). A continuación la figura 40 expone los resultados:

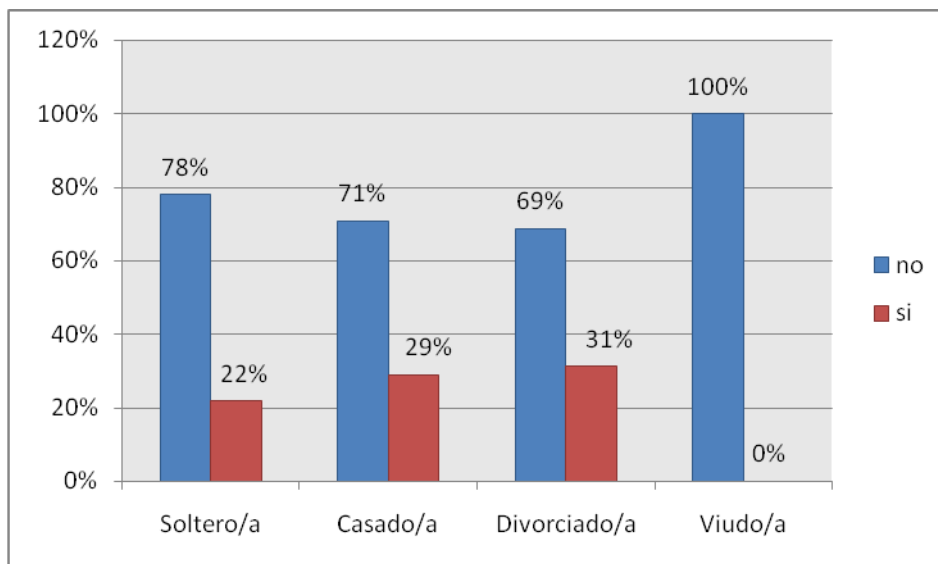
Figura. 40. Colon Irritable y edad.



4.3.2 Colon irritable y estado civil

En lo que se refiere a la relación entre el síndrome del intestino irritable y el estado civil, el primer grupo analizado fue el de los solteros, en el cual la prevalencia del síndrome fue de 22%(n=9), un porcentaje un poco más alto presentaron los casados con 29%(n=18), los participantes divorciados aportaron con una prevalencia de 31%(n=5), terminando, no se encontró a ningún participante viudo con la presencia de colon irritable, sin embargo estos resultados no fueron importantes estadísticamente hablando($X^2=1,18$; $p=0,54$).

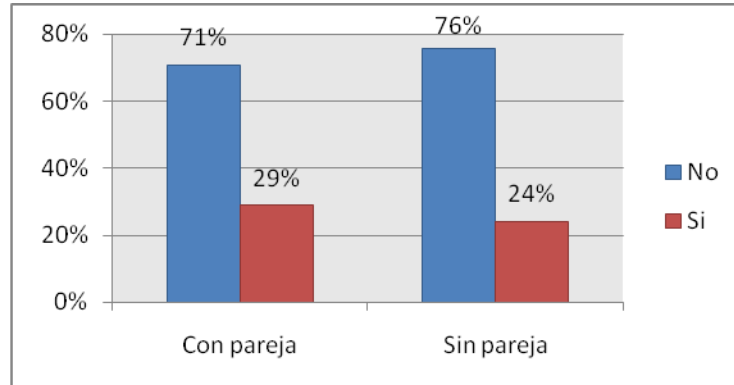
Figura. 41. Colon irritable y estado civil.



Adicionalmente se codificó una nueva variable en la cual; en el primer grupo se incluyeron a todos aquellos sujetos casados o con pareja estable y en el segundo grupo se ubicó a las personas que no contaban con una pareja estable al momento de la investigación (solteros, divorciados, viudos). Los resultados fueron: el primer grupo presentó una prevalencia de colon irritable igual a 29%(n=18), mientras que, la prevalencia para el grupo siguiente alcanzó el 24%(n=14), sin encontrar relación de dependencia entre dichas

variables($X^2=0,37$; $p=0,54$). La figura 41 resume la primera parte, y la figura 42 expone la segunda.

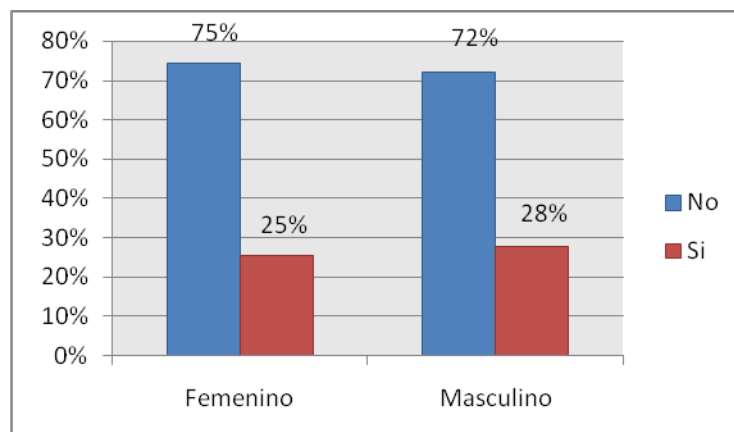
Figura. 42. Colon irritable y pareja estable.



4.3.3 Colon Irritable y género

No existió relación de dependencia al realizar el análisis de la tabla de contingencia entre el colon irritable y el género. En las profesionales encontramos que el 25%($n=14$) de ellas se encuentra afectada por el colon irritable, en los pacientes de sexo masculino la prevalencia prácticamente fue igual con un 28%($n=18$), por lo tanto no existió una asociación significativa entre estas dos variables($X^2=0,08$; $p=0,782$). (fig.43).

Figura. 43. Colon irritable y género.



4.3.4 Colon irritable y ocupación

Manteniéndonos en los análisis comparativos, pasamos rápidamente a analizar la variable ocupación en relación con el colon irritable. Primero comparamos el personal médico frente al personal administrativo de la institución, en el grupo de doctores la prevalencia alcanzó aproximadamente un 28%(n=22), mientras en el personal administrativo fue de alrededor del 25%(n=10), por lo tanto el valor de p no fue significativo($X^2=0,09$; $p=0,77$). (tabla.27).

Tabla. 27. Tabla de contingencia: Colon irritable y ocupación.

C. Irritable	Médicos	Administrativos
No	73%	75%
Si	28%	25%
Total	100%	100%

Tabla. 28. Tabla de contingencia: Colon irritable entre médicos.

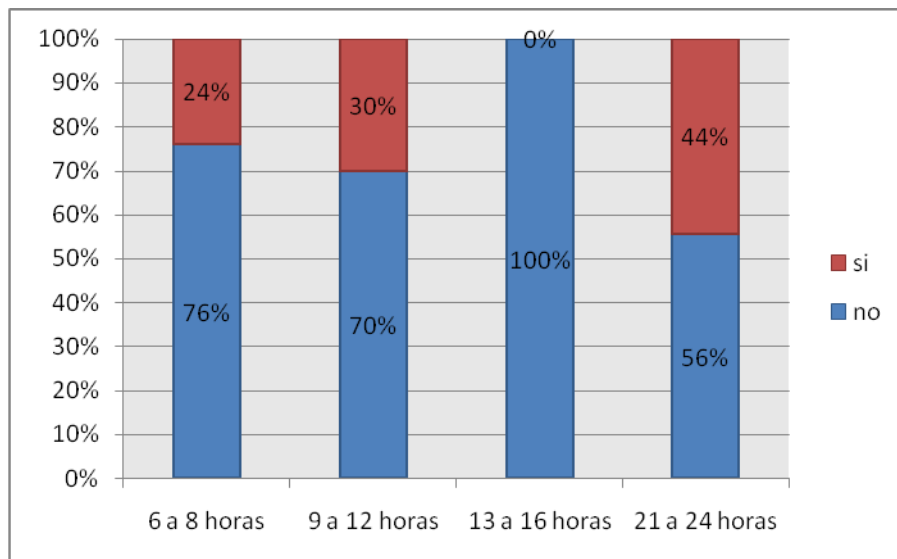
Colon Irritable	Tratante	Residente	Interno
No	73%	81%	63%
Si	27%	19%	37%
Total	100%	100%	100%

Se analizó aditivamente dentro de este mismo apartado al grupo de médicos, para saber si existía relación con dicha entidad patológica. Sin embargo el valor de X^2 fue de 1,46 con un valor para $p=0,48$ sin encontrar una asociación estadística importante. La tabla 28 presenta los resultados:

4.3.5 Colon Irritable y horas de trabajo

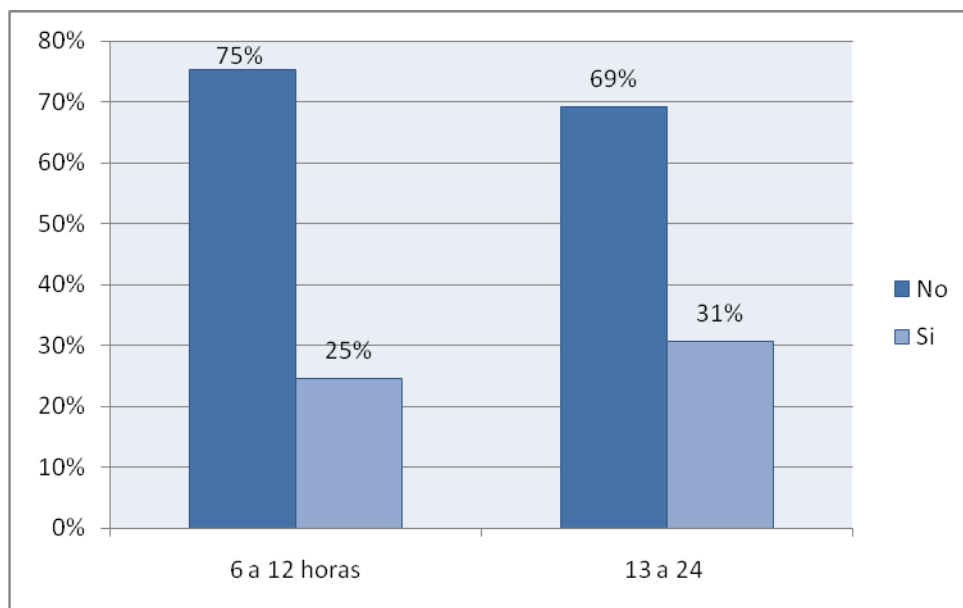
La siguiente variable que analizamos fueron las horas laborales de los participantes, que a diferencia de los grupos anteriores, se halló una relación estadísticamente significativa ($X^2=9,05$; $p=0,0285$) las prevalencias encontradas fueron las siguientes: 24%($n=17$) en los trabajadores de 6 a 8 horas, 30%($n=3$) en los sujetos que laboran entre 9 a 12 horas al día, en el grupo de gente que trabaja de 13 a 16 horas no se encontró a ningún sujeto, mientras que la prevalencia más alta de colon irritable se la llevaron los participantes que realizan sus laboras de 21 a 24 horas al día con una prevalencia d 44%($n=12$). (fig.44).

Figura. 44. Colon irritable y horas de trabajo.



A la variable “horas de trabajo” se la dividió en dos categorías: 1) sujetos que laboran entre 6 a 12 horas, y 2) personas que laboran entre 13 a 24 horas, sin embargo, la prevalencia del síndrome del intestino iritado fue muy similar en ambos grupos, 25%(n=20) y 31%(n=12) respectivamente, por lo que no hallamos una relación estadísticamente significativa($X^2=0,50$; $p=0,48$). (fig.45).

Figura. 45. Colon irritable y horas de trabajo dicotómica.



4.3.6 Colon irritable y antigüedad en la profesión

Al analizar estas dos variables no se encontraron resultados estadísticamente significativos($X^2=3,57$; $p=0,17$), las prevalencias fueron similares en los tres grupos de la variable “antigüedad en el trabajo”, los participantes que han trabajado menos de un año en el hospital presentaron una prevalencia igual al 20%(n=8), seguimos con los sujetos que han prestado sus servicios por un tiempo comprendido entre dos a cinco años, estos

presentaron una prevalencia de 38%(n=14), y para terminar tenemos a los participantes que más años han trabajado en la institución, aquellos que han trabajado por más de 6 años, su prevalencia se situó en un 23%(n=10).(tabla.29).

Tabla. 29. Tabla de contingencia: Colon irritable y antigüedad en la ocupación.

C. Irritable	0 a 1 año	2 a 5 años	6 años o más
No	80%	62%	77%
Si	20%	38%	23%
Total	100%	100%	100%

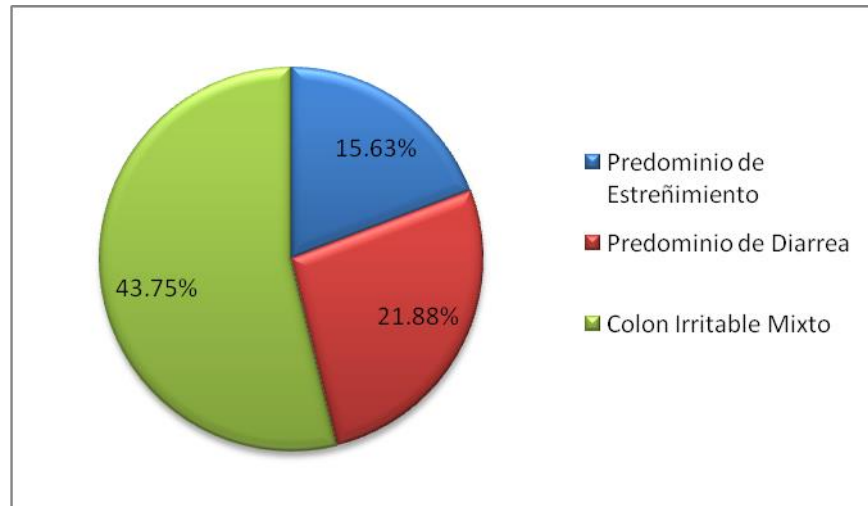
4.3.7 Tipos de colon Irritable.

En la encuesta acerca del síndrome de colon irritable aplicada a los participantes en este estudio, se incluyeron ítems dirigidos a establecer los distintos tipos de colon irritable más frecuentes que padecieron los participantes afectados de dicha patología al momento de la investigación.

Comencemos el análisis conociendo cual fue el tipo más frecuente de colon irritable en los participantes afectados por el síndrome, y tenemos que, de las 32 personas afectadas; en el 15,63%(n=5) predomina el patrón de estreñimiento, el 21,88%(n=7) están perjudicadas por un patrón diarreico, mientras que la gran mayoría presenta predominio del patrón mixto con un 43,75%(n=14). Hay que recordar que existe la categoría “No clasificables” en donde se ubicaron a aquellos sujetos afectados por dicho síndrome, pero que, no cumplieron los criterios para poder encasillarlos en una de las categorías anteriormente

nombradas. La frecuencia de participantes en este apartado fue de aproximadamente 18,75%(n=6). (fig.46).

Figura. 46. Tipos de colon irritable.



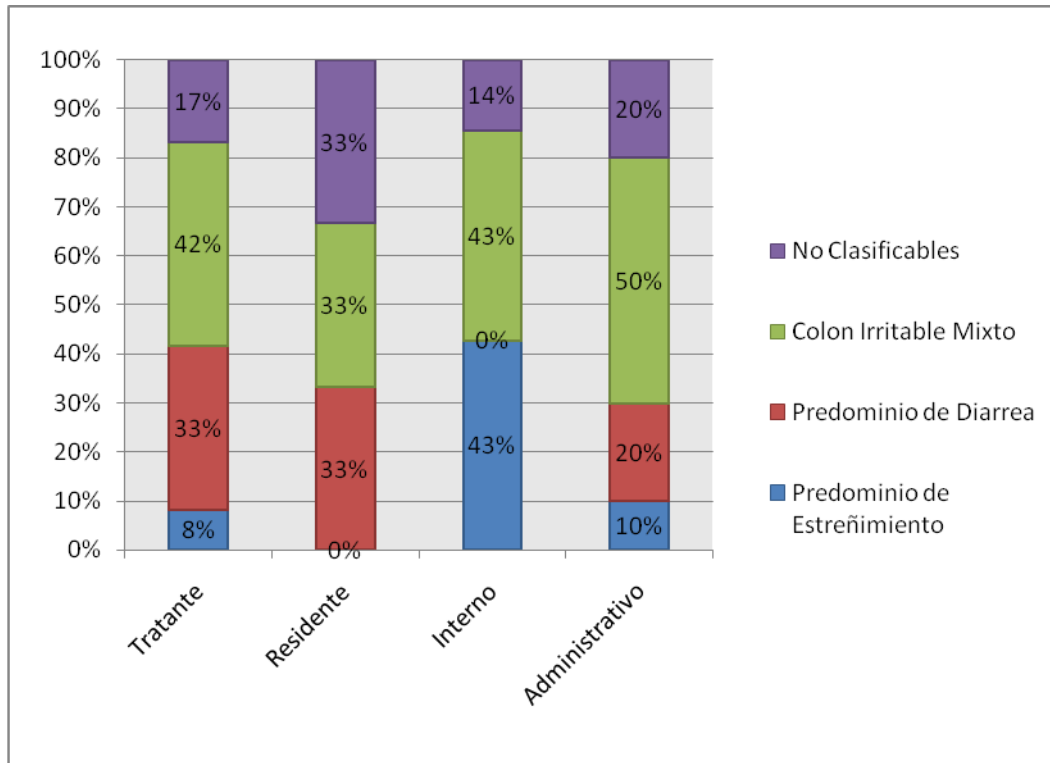
Miremos ahora cual es patrón predominante de acuerdo con la ocupación que desempeñan los empleados, en los médicos observamos que el patrón predominante fue el mixto con una prevalencia igual al 41%(n=9), a continuación tenemos el patrón diarreico con 23%(n=5), un 18%(n=4) alcanzó el estreñimiento al igual que el colon irritable no clasificable. (tabla.30).

Tabla. 30. Tipo de colon irritable y profesión.

Tipo de Colon	Médicos	Administrativos
Predominio de Estreñimiento	18%	10%
Predominio de Diarrea	23%	20%
Colon Irritable Mixto	41%	50%
No Clasificables	18%	20%
Total	100%	100%

Dentro de la misma variable, vemos que en el personal médico en el grupo de médicos tratantes, los resultados fueron los siguientes: 8%(n=1) para estreñimiento, 33%(n=4) para diarrea, 42%(n=5) el patrón mixto y 17%(n=2) para los patrones no clasificables. En los residentes vimos que: estreñimiento no presentó ningún participante, el resto de patrones todos presentaron 33%(n=1). En los internos los patrones predominantes fueron el estreñimiento y el mixto ambos con 43%(n=3), 14%(n=1) alcanzó la categoría “no clasificables” y ningún participante presentó patrón diarreico. (fig.47).

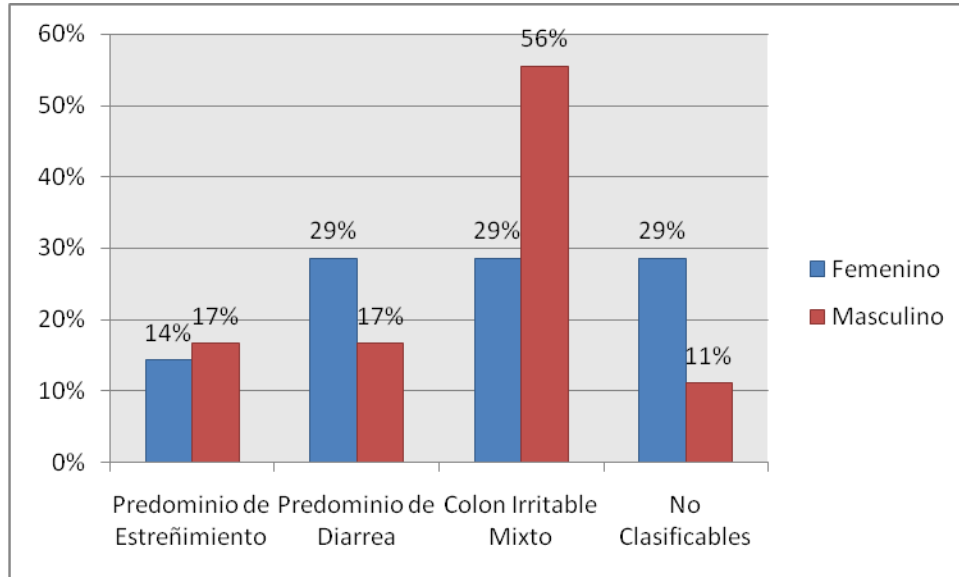
Figura. 47. Tipo de colon irritable en médicos.



Revisando la variable género, encontramos que en las mujeres el estreñimiento fue la minoría con un 14%(n=2), mientras que el resto de variables todas alcanzaron el 29%(n=4), en las personas masculinas afectadas de dicha patología se encontró que, la mayoría presentó un patrón mixto con un 56%(n=10), el patrón de constipación y de

diarrea ambos alcanzaron el 17%(n=3) y el colon no clasificable se vio en un 11%(n=2).(fig.48).

Figura. 48. Tipo de colon irritable y género.



Cambiando de variable nos ubicamos en la variable edad, en este apartado se procedió a unir los grupos de edad, de tal manera que tuvimos dos grupos: 1) personas entre 20 a 39 años y 2) sujetos de 40 años o más. Se realizó este cambio porque había categorías en las cuales no habían participantes por el número reducido de los mismos, además, resulto más fácil la descripción de dichos resultados. En el primer grupo, las frecuencias obtenidas para el estreñimiento, la diarrea, el patrón mixto y los que no se pudieron clasificar fueron, 26%(n=5), 14%(2), 42%(n=8) y 21%(n=4), respectivamente. En el segundo grupo encontramos a un 46%(n=6) en los sujetos con patrón mixto, el patrón diarreico presentó un 38%(n=5), el 15%(n=2) fueron no clasificables, mientras no se encontró a ningún sujeto con un patrón de constipación (fig.49) También unificamos a la variable “estado civil” en dos categorías; personas con pareja estables y personas sin pareja estable, el estreñimiento en el primer grupo se observó en el 17%(n=3) al igual que las personas que no se pudieron clasificar, un 22%(n=4) presentaron patrón tipo diarreico

y el 44%(n=8) presentaron colon irritable mixto. En el grupo de personas sin pareja estable observamos que, 14%(n=2) tuvieron colon irritable con constipación, 21%(n=3) para el colon de tipo diarreico y el no clasificable y para terminar el 43%(n=6) presentaron colon con patrón mixto (tabla.31).

Figura. 49. Tipo de colon irritable y grupos de edad

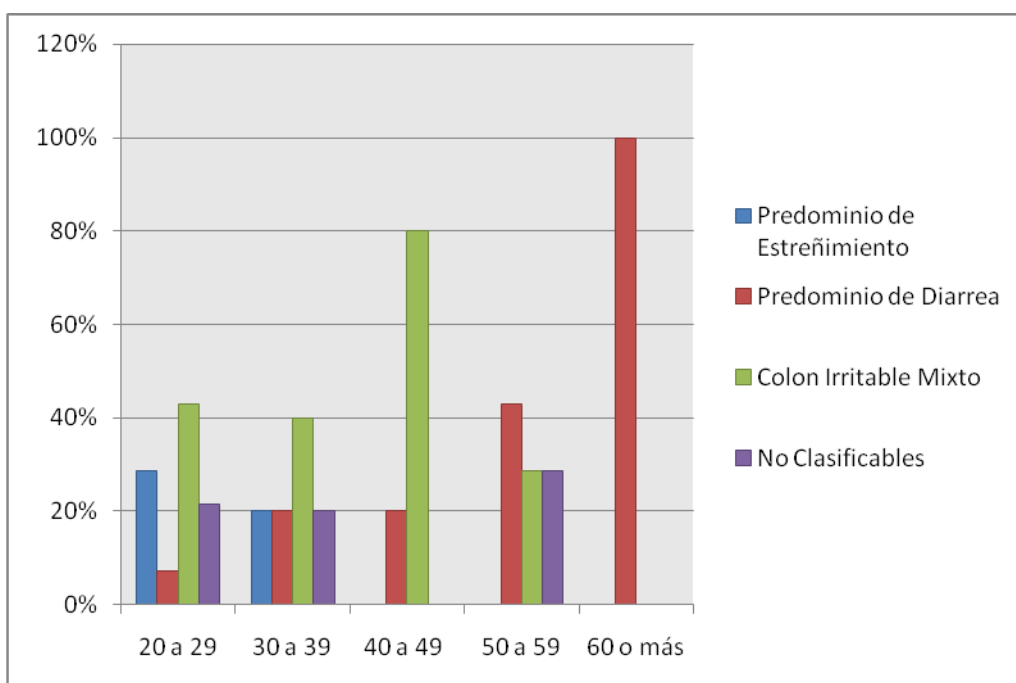


Tabla. 31. Tipo de colon irritable y estado civil.

Tipo de Colon	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a
Predominio de Estreñimiento	11%	17%	20%
Predominio de Diarrea	22%	22%	20%
Colon Irritable Mixto	44%	44%	40%
No Clasificables	22%	17%	20%

Analicemos las variables laborales, comenzando por la antigüedad en el trabajo. En esta variable observamos que en la personas que han trabajado menos de 1 año el tipo predominante de colon irritable fue el mixto con una frecuencia equivalente al 50%(n=4), a continuación se observó el colon irritable de tipo constipación con un 25%(n=2) y en último lugar tenemos a las dos categorías, tipo diarreico y no clasificable con 13%(n=1) cada una.

En los trabajadores de 2 a 5 años nos encontramos que el tipo de colon predominante fue el mixto con 43%(n=6), en segundo lugar se encuentran, el colon tipo estreñimiento y el colon no clasificable, con 21%(n=3) cada uno, y para terminar el tipo diarreico con un 14%(n=2). Analizando el último grupo, el de trabajadores de más de 6 años, vemos que con un 40%(n=4), empataron el colon irritable de tipo mixto con el de tipo diarreico, el 20%(n=2) se ubicaron en la categoría de no clasificables, mientras que ningún participante de este grupo presento patrón tipo constipación.

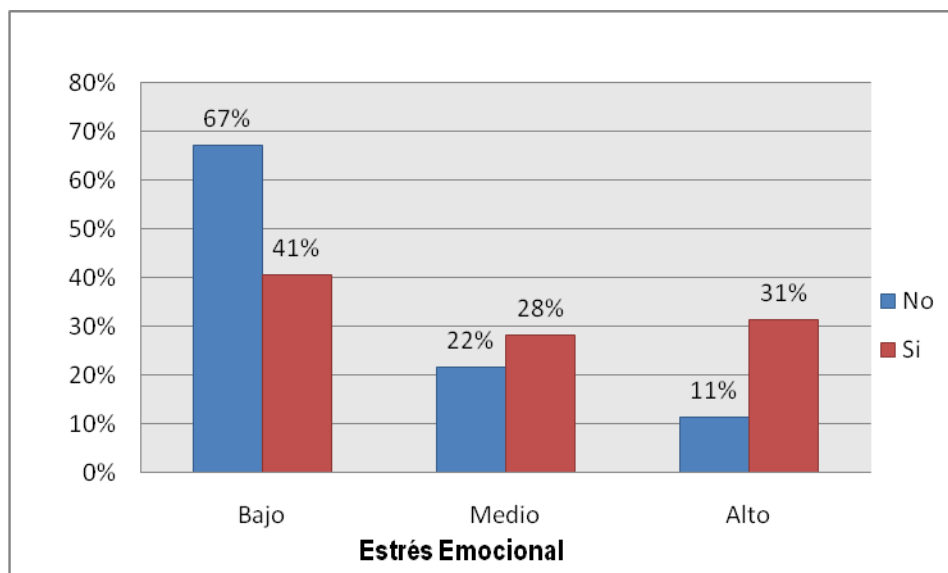
La última variable, para terminar este apartado, fue la variable “horas de trabajo” que realizan nuestros concursantes. Se la dividió en dos grupos, sujetos que trabajan entre 6 a 12 horas, y aquellos que realizan sus labores entre 13 a 24 horas. En el grupo primero pudimos ver que la categoría predominante fue la mixta, con 50%(n=10), en segundo lugar con 25%(n=5) el patrón diarreico, en tercer lugar con 15%(n=3) la categoría no clasificable, y en último lugar con el 10%(n=2) el colon tipo estreñimiento. En el grupo que trabaja más horas, los puntajes estuvieron más parejos, el 33%(n=4) presentó predominio de tipo mixto, el 25%(n=3) lo alcanzaron el patrón de estreñimiento y la categoría de colon irritable no clasificable, mientras que, en último lugar encontramos al patrón diarreico con 17%(n=2).

4.4 Análisis bivariante entre en síndrome del colon irritable y su relación con el síndrome de estrés laboral (síndrome de burnout).

Finalmente llegamos al análisis entre el estrés y el síndrome del intestino iritado, para validar dicha relación realizamos una comparación utilizando como medida de asociación al χ^2 de Pearson y el valor de p . En primer lugar realizamos el análisis de las distintas dimensiones del síndrome burnout: estrés emocional, despersonalización y falta de realización personal en sus tres dimensiones; leve, moderado y alto, frente a la variable dicotómica “colon irritable” la cual nos indica la ausencia o la presencia de dicha entidad patológica.

Comenzamos el análisis por la variable estrés emocional, en la cual encontramos una fuerte relación con el síndrome de intestino irritable ($X^2=8,73$; $p=0,012$). Los resultados fueron los siguientes: en el grupo de personas que no tuvieron síndrome de colon irritable ($n=88$), el 67% ($n=59$) presentó niveles bajos de estrés emocional, un 22% ($n=19$) mostró niveles medios, mientras que apenas un 11% ($n=10$) alcanzó niveles severos de estrés emocional.

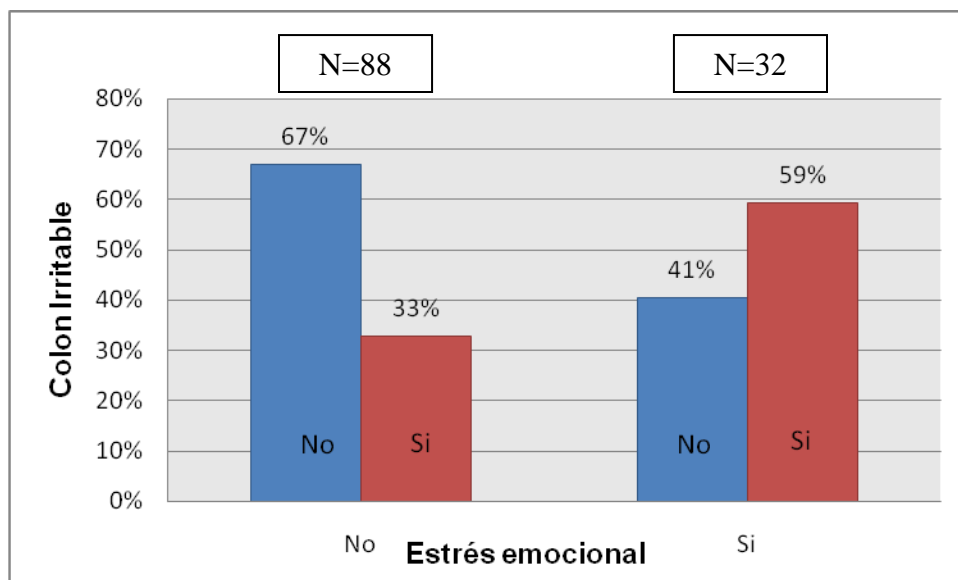
Figura. 50. Estrés emocional versus colon irritable.



En las personas que estuvieron afectadas por el colon irritable se pudo observar que el 41%(n=13) estuvieron ubicadas en los niveles leves de estrés, mientras que la mayoría de los sujetos afectados, alcanzaron los niveles más severos de la escala, ubicándose en los niveles medios y altos del estrés emocional con 28%(n=9) y 31%(n=10) respectivamente.

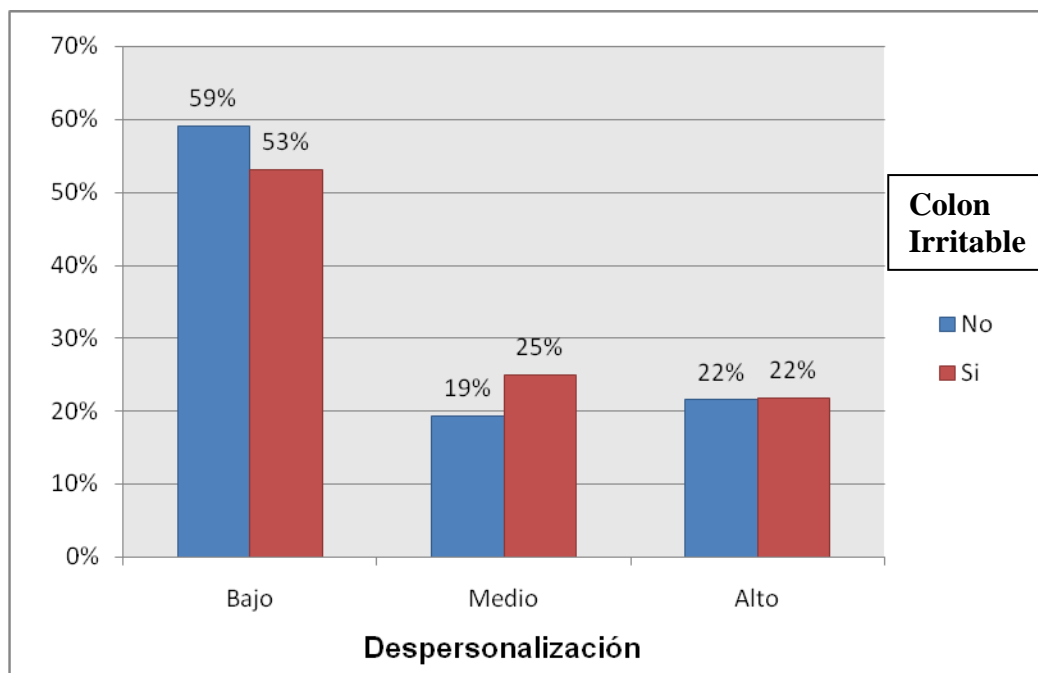
Adicionalmente agrupamos la variable “estrés emocional” en dos categorías; en la primera, se dejó a las personas con niveles bajos de estrés emocional, y en la segunda, unimos a las personas con niveles medios y altos de la escala, de tal manera que, al final nos quedamos con una nueva variable dicotómica que mide la ausencia o la presencia de estrés emocional. Al analizar dicha variable versus el estrés emocional obtuvimos que, el 33%(n=29/88) de las personas que no tuvieron síndrome de colon irritable, si estuvieron afectadas por el estrés emocional, resultado que contrasta con un porcentaje más alto de sujetos que estuvieron afectados de intestino irritable y que, a su vez, también presentaron estrés laboral con un 59%(n=19/32).

Figura. 51. Estrés emocional versus colon irritable 2.



Dichos resultados fueron estadísticamente significativos con $X^2=6,83$ y el valor de $p=0,008$, valor mucho más significativo que cuando analizamos al estrés emocional en sus tres dimensiones. También utilizamos el Chi cuadrado corregido (yates) que se utiliza para evitar sesgos cuando nos enfrentamos a valores muestrales no muy grandes, y descartar que la asociación se deba al azar. El valor en este caso, también fue significativo: $X^2_{corr}= 5,77$ acompañado de un valor de $p=0,0163$.

Figura. 52. Despersonalización versus colon irritable.

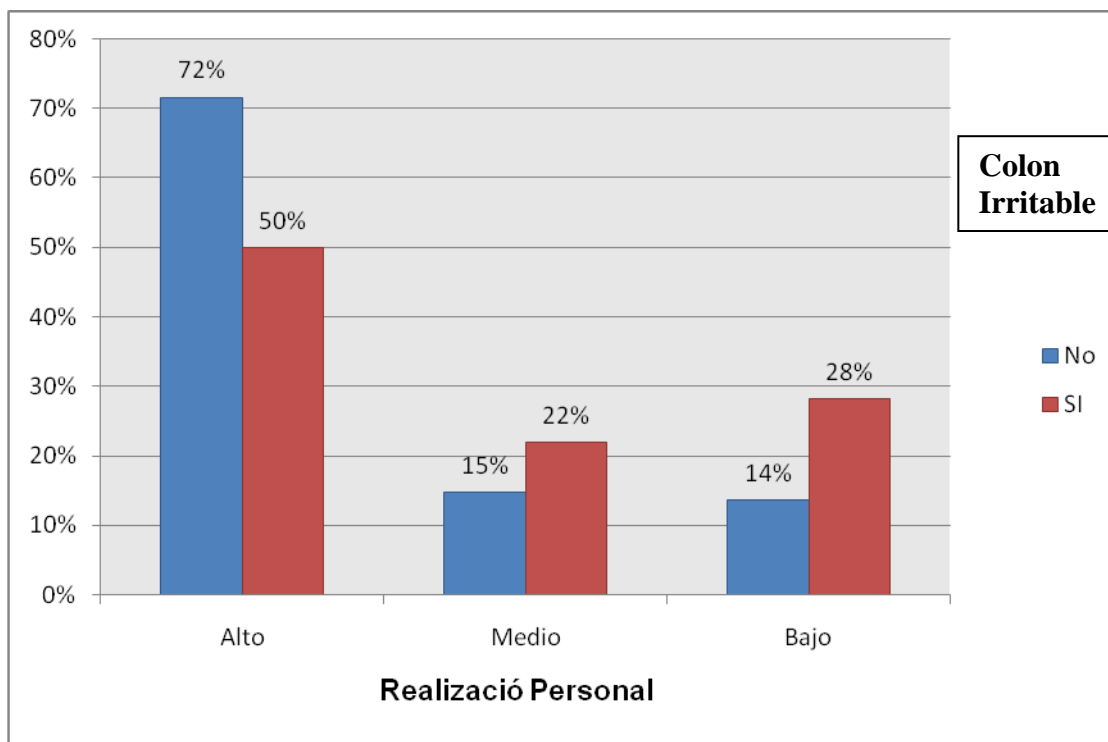


Manteniendo el orden, analizamos a continuación el grado de despersonalización en la población afectada con el síndrome del intestino irritable. En el grupo de personas sin la enfermedad intestinal las prevalencias fueron de; 59%(n=52), 19%(n=17) y 22%(n=19) para los niveles leve, moderado y alto respectivamente. El grupo enfermo con síndrome de colon irritable presentó frecuencias similares para las categorías bajo, medio y alto de despersonalización, presentando un 53%(n=17), 25%(n=8) y 22%(n=7) respectivamente,

dichos resultados no fueron significativos ($X^2=0,51$; $p=0,775$). Al analizar la despersonalización como variable dicotómica, no pudimos encontrar resultados significativos ($X^2=0,34$; $p=0,56$), la prevalencia de colon irritable para los participantes afectados por la despersonalización fue aproximadamente 47% ($n=15$) versus un 41% ($n=36$) de personas afectadas por la despersonalización pero que no presentaron colon irritable.

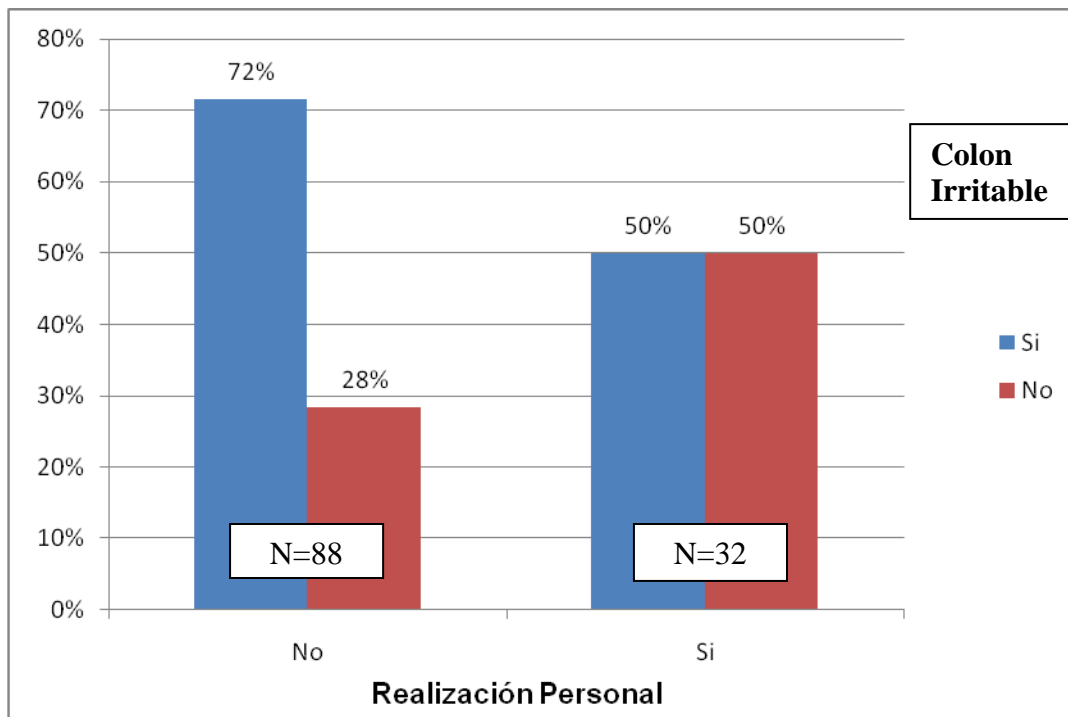
Para terminar con el análisis individual de las dimensiones de síndrome de burnout, analizamos la falta de realización personal, vale la pena recalcar que, a diferencia de las dimensiones anteriores, los puntajes altos en esta variable reflejan un cuadro de burnout menos severo, los puntajes bajos, por otro lado, representan severidad del cuadro de estrés laboral.

Figura.53. Realización personal versus colon irritable.



Los resultados fueron los siguientes: pacientes sin síndrome de colon irritable; 72%(n=63/88) presentó niveles altos, el 15%(n=13/88) niveles medios y el 14%(n=12/88) niveles bajos. Pacientes afectados con síndrome del intestino irritable, al igual que el apartado anterior, la mayoría presentó niveles de la escala, aunque la frecuencia hallada no fue tan alta como en el grupo anterior (56%; n=16/32), en los niveles medios encontramos a 7/32 personas que representan en 22% del total y por último un 28%(n=9/32) se ubicaron en los niveles bajos. Los resultados expuestos anteriormente no fueron estadísticamente significativos, ya que, el valor de X^2 fue igual a 5,19 con un valor de $p=0,07$, aunque el valor de p fue cercano a ser significativo.

Figura. 54. Realización personal versus colon irritable 2.

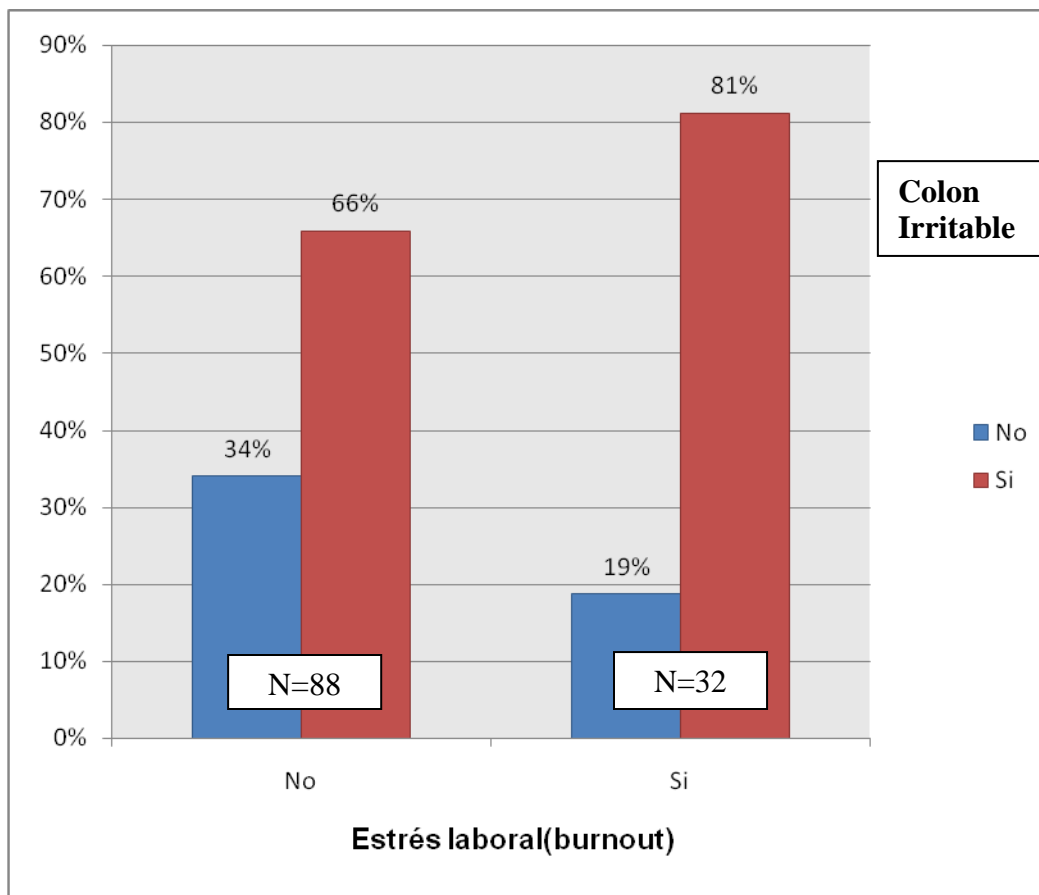


También realizamos la comparación entre la falta de realización personal como variable dicotómica frente al colon irritable y pudimos observar que existió una relación de dependencia entre dichas variables($X^2= 4,86$, $p=0,027$; $X^2_{corr} = 3,95$; $p=0,029$). En el grupo

que no se vio afectado por el síndrome del intestino irritable un 72%(n=63/88) tampoco presento falta de realización personal y el 28%(n=25/88) si se vio afectada por la falta realización personal. En el grupo de personas afectadas por el síndrome de colon irritable los resultados fueron homogéneos, pues el resultado de ambos grupos fue de 50%(n=16/32) para cada uno.

Para terminar realizamos una correlación entre el estrés general como variable dicotómica y la prevalencia de colon irritable en nuestra población, sin embargo, los hallazgos encontrados no fueron significativos ($X^2= 2,63$; $p=0,104$). En la siguiente tabla se resumen los hallazgos

Figura. 55. Estrés laboral versus colon irritable.



CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1 Fortalezas y debilidades de la investigación

Antes de comenzar, vale la pena realizar algunas reflexiones sobre el entorno que rodeó la investigación. Comenzaré diciendo que en nuestro medio son nulos los estudios acerca de la relación entre el síndrome del intestino irritable y el estrés laboral (burnout), por lo tanto, los datos con los que vamos a realizar las distintas comparaciones provienen de estudios realizados en países hermanos de la región andina y mayoritariamente aportes encontrados en estudios realizados en Norteamérica y Europa. Otro factor que debemos mencionar es que, debido a las peculiaridades laborales de la población analizada, es muy complicado realizar comparaciones con otros profesionales de la salud, de forma que consideramos sólo de forma orientativa estos resultados comparativos.

Con respecto a la escala usada para medir el estrés laboral, el Maslach Burnout Inventory, es el instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome de desgaste profesional, independientemente de las características ocupacionales de la población analizada.

A pesar de que el resto de cuestionarios citados muestran índices adecuados de fiabilidad y consistencia interna, hemos decidido utilizarlo en nuestro trabajo, ya que es el que más se ajusta a la población que hemos estudiado; profesionales de la medicina y enfermería.

Sin embargo se han reportado problemas con su consistencia interna ^{(5) (32) (35) (40)}, especialmente con la dimensión de personalización. Así que decidimos medir el alfa de Cronbach en las tres dimensiones de la escala. Los resultados fueron: 0,84 para estrés emocional; 0,60 para despersonalización y 0,80 para falta de realización personal. Dichos valores son aceptados como válidos en la literatura ^{(32) (34) (35)}, en un estudio en España ⁽³²⁾ los valores hallados fueron 0,90, 0,76 y 0,80 respectivamente. Como podemos ver la consistencia interna de despersonalización es la más baja, pero se encuentra de los límites aceptados internacionalmente ^{(32) (35)}.

Con respecto a los criterios usados para el diagnóstico de colon irritable sabemos que hasta la fecha no hay pruebas diagnósticas específicas. Los criterios diagnósticos para facilitar su identificación han sido estudiados desde hace varias décadas, basándose principalmente en la evaluación clínica. Los últimos propuestos son los Criterios de Roma III, que fueron publicados en el 2006 en la revista Gastroenterology. Existen pocas publicaciones que comparan todos estos métodos: en 1999 Vanner trata de evaluar la especificidad y sensibilidad de Manning, Kruis y Roma encontrando un considerable rango de sensibilidad de 42-90%, 47-81% y 60-65% respectivamente y especificidad de 70-90%, 91-99% y 100% respectivamente, concluyendo que los criterios de Roma tienen un alto valor predictivo para el diagnóstico de SII ^{(1) (53)}. En un estudio realizado por Sperber se evidencia que la prevalencia es significativamente mayor por criterios de roma III comparado con criterios de Roma II ⁽⁵³⁾

Una gran fortaleza de nuestro estudio es que constituye una de las pocas investigaciones que existen en relación a la presencia del intestino irritable y su relación con el Burnout (estrés laboral). Es además la única encontrada en el país y de las pocas en Sudamérica que emplea dichos criterios, actualizados hasta el 2011, lo que significa un punto de

partida válido para futuras investigaciones sobre el tema en poblaciones ecuatorianas que sirvan de referente no solo en nuestro medio, sino en nuestra región y alrededor del mundo.

Además pudimos obtener por primera vez en nuestro entorno datos de prevalencia de ambas patologías, dichos datos podrían servir como puntos de comparación a estudios que se realicen en el Ecuador.

Una debilidad fundamental que encontramos en nuestro estudio fue que, al haber realizado la investigación en una población hospitalaria, los resultados no puedan extrapolarse al colectivo de la población general de nuestro país. Sin embargo hay que recordar que el estudio incluyó sujetos administrativos, población que sin duda, es similar a la del colectivo general.

En lo que se refiere a la respuesta obtenida en este trabajo, conseguimos un 100%, por lo tanto podemos pensar que los resultados obtenidos en este estudio reflejan de forma real la situación existente en el colectivo estudiado.

En este sentido, hay varios hechos que debemos mencionar, en primer lugar no se ha escogido ninguna muestra de estudio, ya que se han aplicado las encuestas al universo de médicos y personal administrativo que labora en el hospital regional IESS de la ciudad de Riobamba.

En segundo lugar, un hecho que ha podido influir es que las encuestas fueron realizadas personalmente por el encuestador a cada una de las personas, y se pudo observar que al momento de contestar algunos ítems existió cierta resistencia, especialmente con las

preguntas del Maslach Burnout Inventory. En la literatura se recomienda que la persona que responde debe tener completa confidencialidad ⁽⁴⁾ ⁽³¹⁾, por lo que las encuestas se realizaron de forma anónima, sin datos personales ya que a todas las encuestas se les otorgó un código. Aparte de la confidencialidad se recomienda privacidad ⁽³¹⁾, es decir que el sujeto se encuentre solo, ya que las respuestas pueden ser verse influenciadas si el sujeto habla con personas extrañas (en este caso el encuestador), conyugues o colegas, y es aquí en donde se encontró la resistencia al momento de contestar algunos ítems. Sin embargo, en un gran porcentaje, se entregaron las encuestas a los participantes, los cuales procedieron a llevárselas a casa y entregarlas al siguiente día, manteniendo así la privacidad de muchos sujetos.

A pesar de todo, en nuestro trabajo, hemos pensado que el hecho de haber realizado personalmente las encuestas nos permitió tener una tasa de respuesta máxima (100%), lo que nos permite decir que los resultados encontrados se apegan bastante a la realidad de dicha población. En otros estudios, se reportaron tasas de respuestas de 63%, como la encontrada en un estudio en España ⁽³²⁾, también un 21% ⁽³³⁾ en otro estudio hecho en Brasil durante el 2006, en dichos estudios se enviaron las encuestas a través de correo.

Tasas similares de respuesta se obtuvieron en un hospital comarcal en España ⁽³⁴⁾ y en México ⁽³⁵⁾, en los cuales las tasas fueron de 97% y 87%, respectivamente, la entrevista fue personalizada en ambos casos, al igual que en el presente estudio.

5.2 Estrés Laboral

En lo que se refiere a los niveles de burnout con sus tres dimensiones y los niveles alcanzados en nuestro estudio, hemos de decir en primer lugar, que existe bibliografía

llena de aportaciones referentes a la importancia del burnout en las profesiones sanitarias⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾, sin embargo en profesionales administrativos no existen muchos estudios, lo que se sabe es que, en dichas profesiones el nivel de burnout es inferior, incluso en algunos estudios no se han encontrado casos de estrés laboral en los sujetos que laboran en el área administrativa⁽³²⁾.

A pesar de esta multitud de trabajos sobre el tema que nos atañe, encontramos una gran disparidad de resultados en lo que se refiere a las prevalencias encontradas, tanto del síndrome de burnout en general, como en cada una de sus tres escalas. Este hecho puede ser explicado desde distintos puntos de vista; para Maslach, la presencia de las tres dimensiones del síndrome, no significa que éste no sea un concepto unitario, sino que más bien tiene un efecto enriquecedor del mismo, ya que muestran una serie de reacciones psicológicas que los trabajadores experimentan durante todo el proceso de desgaste profesional, y esto puede explicar las diferencias que se encuentran en las prevalencias. Para esta autora, el cansancio emocional sería la primera fase y más importante del burnout, en una segunda fase aparecería la despersonalización, y parece ser que de forma simultánea a ésta, aparecería la falta de realización personal.

Así, el síndrome de burnout es una entidad nosológica de amplio espectro, con una gradación de síntomas, que van de los más leves a los más severos. La primera fase, en la que podrían incluirse gran cantidad de profesionales, no sería una situación patológica en sí misma, y en ella aparecerían sentimientos de insatisfacción debidos a la poca armonía entre las expectativas individuales de los profesionales sanitarios y su realidad laboral, todo ello influido por diversos factores sociales. Esta situación favorecería los sentimientos de desmotivación profesional y daría lugar a un burnout más establecido.

Así, en los casos más severos, sí se podría hablar de burnout como entidad psicopatológica.

Los resultados que hemos obtenido en médicos y personal administrativo en cada una de las escalas del síndrome de burnout, se encuadran en un nivel bajo según los puntos de corte utilizados.

De acuerdo a los promedios de cada escala vimos que, como se cita en la bibliografía, los puntajes medios dentro de las personas en el área administrativa fueron inferiores a los generados por los médicos, tanto en la escala de estrés emocional (17,24 vs 12,07) como en despersonalización (5,45 vs 4,80), excepto en la falta de realización personal (41,62 vs 38,45), en la cual los administrativos tuvieron un puntaje más bajo que los médicos, sabiendo que en esta última la gravedad es inversamente proporcional al puntaje obtenido.

La prevalencia de burnout (como variable dicotómica, en la cual puntajes bajos fueron codificados como ausencia del síndrome, y presencia del síndrome a los puntajes medios y severos) en nuestra población fue alta, alcanzó un 70%. Las cifras de prevalencia del síndrome de burnout comunicadas en la literatura varían según el cuestionario utilizado, los puntos de corte aplicados pueden provenir de diferentes fuentes y la interpretación de los resultados puede ser muy variable (desde considerar como caso de burnout con una sola dimensión alterada, hasta requerir la alteración de las tres dimensiones para catalogarla como tal).

Sin embargo la gran mayoría de estudios reportan prevalencias similares a las encontradas en el presente estudio, en Perú en un estudio sobre médicos y

enfermeras⁽⁴⁷⁾, se encontró un 71% (sumando los niveles medios y altos) de personas afectadas con el síndrome de estrés laboral, dicho resultado es muy parecido al encontrado en otra investigación, dicha investigación se realizó en el hospital Roberto del Río en Chile⁽⁴⁸⁾ en el cual la prevalencia de burnout tomando en cuenta los puntajes medios y altos fue aproximadamente de 69% (31% puntajes altos y 38% puntajes medio). En España algunas investigaciones refieren también una prevalencia cercana al 70% cuando se toman en cuenta los puntajes intermedios y severos de la escala ^{(49) (32) (42)}. Dichos resultados nos permiten afirmar que nuestra investigación se encuentra al unísono de investigaciones llevadas a cabo alrededor del mundo.

Siguiendo con la discusión, encontramos que en nuestro estudio un 17% de los profesionales encuestados tienen niveles altos de cansancio emocional, un 21,67% niveles altos de despersonalización, y un 18% falta de realización personal.

Si analizamos los porcentajes alcanzados para los puntajes altos de cada una de las tres escalas del burnout, vemos como los obtenidos en médicos de atención primaria españoles ⁽⁴¹⁾ son más altos, especialmente en las escalas de despersonalización (61,29%) y falta de realización personal (92%), que los niveles alcanzados en nuestro estudio. Otro estudio realizado en un grupo de médicos en Madrid-España también muestra porcentajes más altos que en nuestro estudio, se ve como en la escala de estrés emocional se alcanzó un 39%, seguido por las escalas de despersonalización y falta de realización personal con un 35%⁽³²⁾, porcentajes mayores al de nuestro estudio.

Observando solo al grupo de médicos, vemos que los resultados son un poco más altos pues se obtuvo; un 20% para el estrés emocional, 28% en despersonalización y apenas 15% en la falta de realización personal. Comparando nuestros resultados con un estudio

realizado en la ciudad de Bogotá durante el 2008, vimos que el 19,9% de la población alcanzó niveles altos de estrés emocional, un 19,1% de médicos para la escala de despersonalización y 5,2% en la escala de realización personal ⁽⁴³⁾, resultados que se asemejan más a los obtenidos por nuestra investigación, esto puede ser debido a que la población de médicos se ajustó más a la realidad de nuestro entorno.

Con respecto al grupo de personal administrativo, los resultados de individuos afectados con niveles severos en las escalas que comprenden el Maslach Burnout Inventory, fueron menores al del grupo de médicos, excepto en la escala de falta de realización personal, en la cual hubieron más sujetos que presentaron severidad (15% vs 23%). Hay que mencionar que los estudios dentro de personal que trabaja en áreas administrativas son escasos, en un estudio realizado en el estado de Aguas Calientes en México ⁽⁴⁴⁾, se estudio a sujetos que trabajaban dentro de una dependencia administrativa ligada al gobierno, los resultados obtenidos fueron muy superiores a los nuestros; los porcentajes de la presente investigación para estrés emocional y despersonalización fueron de apenas 10% versus aproximadamente 50% para las dos escalas en el estudio mexicano.

En otra investigación realizada en personal administrativo de una universidad mexicana ⁽⁴⁵⁾, los resultados fueron más acordes a los nuestros; un 22% para la escala de estrés emocional, apenas 5% para la despersonalización y 0% en la escala de falta de realización personal. De acuerdo a bibliografía internacional ⁽³²⁾ el personal que trabaja en áreas administrativas tiene un riesgo mucho menor de desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo, por lo que creemos que nuestros resultados van acorde a los resultados obtenidos en otras partes del mundo ^{(32) (45)}.

Pudimos también constatar que, por lo menos en la escala de despersonalización existieron diferencias significativas entre el personal médico versus los administrativos, encontrándose cifras más severas en el primer grupo.

Dentro del grupo de médicos, estudiamos a los médicos internos, residentes y tratantes, vimos que los puntajes más severos se observaron en los participantes más jóvenes, los internos rotativos, seguidos de los médicos residentes y en último lugar los tratantes, sin embargo al analizar individualmente cada componente de la escala de estrés laboral no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, existen algunas referencias bibliográficas similares. En un estudio realizado en Colombia ⁽⁴⁶⁾ durante el año 2004 evaluó la severidad del síndrome entre internos y residentes, en los internos el 65% presentó puntajes altos, mientras que entre los médicos residentes alcanzó aproximadamente un 40%, aunque los resultados del análisis bivalente no fueran significativos. Parece ser que los internos rotativos de medicina, por lo menos en la región andina, están más sometidos a labores académicas, a la realización de guardias mucho más seguidas, lo que contribuiría al desarrollo de puntajes más altos en dichos grupos.

Al momento de correlacionar el síndrome de burnout como variable dicotómica versus el cargo que desempeñan cada una de las personas del grupo de médicos, pudimos constatar que los resultados fueron prácticamente significativos ($X^2= 5,76$; $p=0,056$), y vimos como los internos fueron los más afectados, pues el 89% de los sujetos presentó burnout como variable dicotómica, seguidos por los residentes con 75% y en el último lugar con 60% los tratantes. Maslach ⁽⁴⁾ la creadora de la escala, expone que esto se podría explicar porque con el pasar de los años, el profesional adquiere mayor seguridad y experiencia en su trabajo, haciéndose de esta manera menos vulnerable a la tensión del laboral.

En lo que se refiere a las variables sociodemográficas analizadas, estudiaremos en primer lugar la asociación entre burnout y sexo en nuestra población de estudio.

En el análisis bivariante hemos encontrado que los hombres puntúan más alto en cansancio emocional, de forma estadísticamente significativa ($p=0,049$), y también tienen mayores puntuaciones en despersonalización, aunque en esta dimensión no existe significación estadística, mientras que en la categoría falta de realización personal no existieron diferencias entre los dos grupos.

En relación con el burnout y el sexo, la literatura revisada no ofrece resultados en una única dirección, ya que en algunos estudios las mujeres muestran mayores niveles de burnout ^{(40) (41) (50)}, y sin embargo otros trabajos indican lo opuesto ^{(32) (51) (52)}. Para la mayoría de teóricos como Maslach, el ser mujer si contribuye de manera importante al desarrollo de burnout, especialmente dentro de los países de habla hispana, ya que su situación demanda mayores exigencias domésticas y menor reconocimiento laboral y social. Un estudio muy grande realizado online a través de internet correspondiente a la revista *Intramed*, en el que alrededor de 11000 médicos de habla hispana, tanto de Latinoamérica como de la madre patria, las mujeres fueron las que alcanzaron en su mayoría los puntajes más severos ⁽⁴⁰⁾.

En cuanto a las dimensiones de la escala, vimos como los hombres obtuvieron puntajes más altos en la escala de estrés emocional y despersonalización, mientras que para falta de realización personal las mujeres son las que puntuaron más alto. En el estudio mencionado anteriormente ⁽⁴⁰⁾ podemos ver como los resultados son parecidos a los nuestros, puesto que los hombres puntuaron más alto que los hombres en las escalas

de estrés emocional y falta de realización personal, mientras que las mujeres puntuaron más alto en despersonalización, otro estudio realizado médicos españoles se obtuvieron resultados idénticos a los de la presente investigación ⁽³²⁾.

Estas diferencias pueden explicarse porque las mujeres son más sensibles emocionalmente y tienden a expresar sus emociones más fácilmente que los varones. Además, las mujeres suelen tener una doble carga de trabajo, ya que a parte de sus responsabilidades laborales se ocupan en mayor medida de las tareas del hogar. La sobrecarga de trabajo se relaciona de manera positiva con el estrés emocional ⁽³²⁾ ⁽⁴⁰⁾. Lo que es certero es que el tema es bastante controvertido, sin embargo, parece ser que efectivamente el sexo femenino es un factor de riesgo.

Analizando la edad vemos que la media general se ubicó en 37,97 años, es alta, esto se debe a que la mayoría de participantes en el estudio fueron los médicos tratantes, es decir los sujetos que más edad tienen, además dentro del personal administrativo también se encontraron personas mayores, incluso con más edad que en los doctores, puesto que su edad media fue de 39,6 versus un 37,15 en los médicos.

Encontramos en nuestro estudio como, de acuerdo con la literatura ⁽⁴⁾ ⁽¹²⁾ ⁽³²⁾ ⁽⁴⁰⁾, el desgaste profesional disminuye a medida que aumenta la edad. Esto ocurre en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, así como en la variable falta de realización profesional (que es casi el triple en profesionales entre 20 a 29 años, y va disminuyendo hasta prácticamente no encontrarse ningún individuo en el grupo de más de 60 años) aunque los resultados no fueron estadísticamente significantes. Al momento de

analizar la ausencia o presencia del síndrome de burnout, vimos que las diferencias se acortan, aunque evidenciamos que el patrón sigue siendo ligeramente, el mismo.

Como ya mencionamos antes, Maslach explica que los resultados son así debido a que, los profesionales más antiguos o de mayor edad han desarrollado estrategias de afrontamiento más adecuadas y han adquirido mayor experiencia en su profesión, lo que les hace desarrollar cierta invulnerabilidad al estrés laboral, mientras que en los profesionales más jóvenes su proceso de aprendizaje aún se encuentra en marcha, y su situación laboral suele ser no muy estable, lo que hace que el “quemarse por el trabajo” sea más frecuente en este grupo, mientras se adquiere la experiencia y la tranquilidad necesaria para desarrollar su trabajo.

Asociada directamente con la edad está la antigüedad profesional. Para algunos autores ^{(32) (40) (49)}, existe un período de mayor sensibilización al burnout después de 10 años de ejercicio profesional, ya que a partir de este momento se ha producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana. También se ha descrito un período de vulnerabilidad durante los primeros años de ejercicio profesional.

En nuestra población observamos cómo, mientras una persona es más antigua en su puesto de trabajo, los niveles severos y medios de burnout son menores. En la dimensión de estrés emocional encontramos relación estadística significativa ($p=0,029$) mientras los puntajes medios y severos alcanzan un 50% en la población que ha laborado en dicha casa de salud menos de un año, se disminuyen hasta lograr apenas un 20% en la población de médicos que ha trabajado más de seis años, y a su vez, resulta llamativa la forma en la que en el grupo de más de 6 años los puntajes bajos obtuvieron un 80%. Observando ahora la despersonalización, aunque no se encontraron diferencias

significativas, un 63% de los médicos de más de 6 años tuvo puntajes bajos, y en la falta de realización personal un 70% de médicos obtuvo también puntajes bajos, siendo estos superiores a los presentados en los internos y residentes. Por último, analizando de manera dicotómica al síndrome de burnout, encontramos diferencias significativas($p=0,034$), en aquellos sujetos que han trabajado menos de 5 años en el hospital con un 77%, y aquellos que han trabajado por más de 5 años con aproximadamente 70%.

Estos hechos nos permiten confirmar que los resultados expuestos concuerdan con los mencionados en la bibliografía ⁽⁴⁾ ⁽³²⁾ ⁽⁴⁶⁾, aunque en algunos se encuentren menor agotamiento en los profesionales con mayor antigüedad en su puesto de trabajo.

Otra variable demográfica analizada es el estado civil, muchos estudios mencionan que el estado civil no influencia al momento de desarrollar el burnout ⁽³²⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁵⁰⁾, los mismos mencionan adicionalmente la controversia que existe en este tema, ya que, en algunos estudios, el no tener una pareja estable hace que el individuo se inmiscuya más en el trabajo, y desarrolle más fácilmente burnout, además tener una pareja estable ayuda a que el individuo sienta un apoyo emocional, evitando así el desarrollo de estrés laboral ⁽³²⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁹⁾. Sin embargo la controversia se mantiene, ya que en estudios iguales, en poblaciones parecidas, especialmente en España, no existieron diferencias significativas ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾ ⁽³⁷⁾ al momento de analizar el estado civil dentro de sus respectivos grupos de estudio.

En nuestra investigación podemos contribuir con la evidencia de que, efectivamente, el estado civil no tiene relación al momento de desarrollar el estrés laboral, puesto que no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de sus 3 escalas, peor aún, al momento de analizar al estrés laboral como variable dicotómica.

Siguiendo con estos resultados, observamos las horas de trabajo entre los profesionales y hemos encontrado mayores sujetos con despersonalización en aquellos sanitarios que trabajan más de 8 horas al día, lo que sumado a la semana nos da un total mayor a 40 horas, dichas diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor de $p = 0,03$. Las otras dimensiones del Maslach Burnout Inventory, como la falta de realización personal y el estrés emocional, que aunque no fueron significativos, los patrones se mantuvieron muy similares a los de la escala de despersonalización. Al analizar el burnout como variable dicotómica se mantuvo la tendencia, aunque no existieron diferencias significativas.

Dichos hechos están en consonancia con otras investigaciones, en una investigación en España ⁽³²⁾, se ve como la misma variable “despersonalización” fue más frecuente y estadísticamente significativa en aquellos sujetos que trabajan más de 45 horas semanales. Otro estudio ⁽⁴⁴⁾ muestra resultados similares, los sujetos que trabajan un promedio superior a ocho horas diarias y que han acumulado más de 40 horas semanales de trabajo, presentaron más frecuentemente síndrome de burnout con relaciones significativas. Maslach, quizá la investigadora con más autoridad dentro del tema, también menciona que trabajar un promedio superior a 40 horas semanales, constituye un factor de riesgo importante para la aparición del estrés laboral.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio concuerdan con la bibliografía, ya que claramente la sobrecarga laboral se ha asociado con mayores niveles de burnout. En este tema prácticamente no existe controversia entre el colectivo de investigadores, puesto

que todos ellos aceptan que la sobrecarga de trabajo es un factor de riesgo asociado al apareamiento del síndrome de estrés laboral, por lo que podemos decir que nuestra investigación se encuentra en concordancia con lo encontrado alrededor del mundo.

5.3 Colon Irritable

Antes de iniciar con la discusión sobre el colon irritable, como ya mencionamos, antes de los criterios ROMA III, que son los que se utilizó en este estudio, primero aparecieron los criterios de Manning ⁽²⁾, estos criterios se caracterizaron por ser menos restrictivos en cuanto al diagnóstico de colon irritable por lo que cientos de estudios reportaron sin número de prevalencias en la población general, por ejemplo, en EE UU se reportó una prevalencia 17 al 20%⁽²⁾, en el Reino Unido 22%, Italia 9%. Sin embargo utilizando los mismos criterios en Bangladesh ⁽³⁾ la prevalencia fue de 33%. Luego surgieron los primeros criterios ROMA I, reportando cifras más bajas ⁽¹²⁾ en estudios de la población general en Estados Unidos, por ejemplo se encontró una prevalencia igual al 12%, seguidamente surgen los llamados criterios de ROMA II en el año de 1999, que se caracterizaron por ser mucho más restrictivos para el diagnóstico de Colon Irritable, estudios que usaron dichos criterios reportaron cifras tan bajas de prevalencia iguales al 5%⁽⁷⁾. Sin embargo, los criterios ROMA II, fueron los criterios más usados en un sin número de estudios alrededor del globo, por lo que se acepta que la prevalencia global del síndrome del intestino irritable oscila entre el 10 al 20%. Usando dichos criterios en estudios realizados en la comunidad latinoamericana ⁽²⁾ vemos como en Brasil, México y Uruguay la prevalencia oscilo entre el 9 al 18%

Luego, debido a la necesidad de desarrollar una herramienta que permita un diagnóstico positivo de la entidad patológica, puesto que, el síndrome del intestino irritable era

simplemente considerado como un “diagnóstico de exclusión”, así durante el año 2006, aparecen los criterios ROMA III, que se caracterizan por ser los primeros en ofrecer un diagnóstico positivo de la enfermedad. Hay que mencionar que no existen muchos estudios realizados en poblaciones con los mencionados criterios, ha existido cierto desinterés por parte de la comunidad científica para realizar estudios grandes en poblaciones representativas, debido a su parecido con los criterios ROMA I, por lo que se piensa que las prevalencias pueden ser similares a las ya identificadas con dichos criterios.

Es importante recalcar que los estudios sobre el personal sanitario son también escasos. En nuestro país, por ejemplo, no se cuentan con datos de prevalencia en la población general, peor aún, en poblaciones médicas.

Con respecto a estudios realizados dentro de personal médico, durante el año 2001 se estudio a 307 médicos anesthesiólogos en Estados Unidos⁽¹¹⁾, donde se reporto una prevalencia de 44%, otro realizado en médicos cirujanos⁽¹³⁾ reporto un 40% de prevalencia y un estudio llevado a cabo entre médicos internistas – intensivistas⁽¹⁴⁾ reportó una prevalencia aproximada de 46%. Con respecto a América Latina, se encontró solo una investigación realizada en Venezuela durante el año 2009⁽⁹⁾ la cual reportó una prevalencia muy parecida a las anteriores (37,3%).

La prevalencia encontrada en nuestra investigación fue igual al 27%, en la población general, al analizar la profesión entre médicos y administrativos, las prevalencias prácticamente no muestran diferencias (28% médicos vs 25% administrativos). Nuestros resultados, sin duda, son mayores a los reportados en la población general ^{(2) (12) (7)}, pero

al momento de compararlos con poblaciones de doctores confirmamos lo expuesto en los estudios antes mencionados.

Hay que nombrar que la prevalencia dentro del personal de administrativos no fue tan baja, como se hubiera pensado. Esto podría explicarse porque el personal administrativo, al trabajar dentro de una casa de salud, estuvo expuesto a los mismos eventos que podrían haber llevado al desarrollo de la entidad patológica en los médicos.

Con respecto a la edad, existe cierta controversia, hay datos discordantes en cuanto a si el colon irritable aumenta o disminuye con los años, análisis específicos realizados en grupos de ancianos indican que la prevalencia es inferior a la de la población general ^{(1) (2) (3) (7)}. Los mismos reportan también la existencia de “picos” entre los pacientes que cursan durante la segunda y tercera época de vida.

Una investigación latinoamericana reporta que la edad media de los pacientes afectados con el síndrome del colon irritable fue de 42 años, con edades comprendidas entre los 16 y 89 años ⁽²⁾, estos hechos avalan los encontrados en otros estudios los cuales mencionan que la enfermedad afecta a los individuos que se encuentran durante su “middle life” ^{(1) (9) (10) (15)}.

En nuestra investigación la edad media de los sujetos afectados por el síndrome de colon irritable fue de 37,44 años con edades entre 23 y 60 años. Sin embargo, al momento de analizar los grupos de edad con el síndrome de intestino irritable, no se encontraron resultados estadísticamente significativos, aunque existió una ligera predominancia en

aquellos sujetos con edades comprendidas entre los 20 a 29 años. De manera que podemos decir que nuestro estudio avala lo ya encontrado por otros investigadores.

Una variable ligada con la edad, es la antigüedad en el puesto de trabajo, en nuestro estudio no se encontró relación de dependencia entre las 2 variables.

La literatura, no menciona nada acerca de los años de antigüedad en determinadas profesiones, lo que se menciona es que, el desarrollo del síndrome del intestino irritable puede aparecer en cualquier individuo durante la segunda y tercera década de vida ^{(1) (7)} ⁽²⁾, independientemente de los años de trabajo ejercidos en distintas profesiones.

En cuanto tiene que ver el género de los participantes afectados, vemos que la bibliografía es muy clara con respecto al tema ^{(1) (2) (9) (10) (11) (13) (14) (18) (23)}, el ser mujer constituye un factor de riesgo para el desarrollo del colon irritable, en algunas poblaciones se han encontrado relaciones 2:1 sobre los hombres, en España incluso la relación llegó a ser de 4:1.

En nuestra investigación no existieron diferencias significativas comparándolo con la variable género, las frecuencias tanto en hombres como mujeres fueron muy similares. Sin embargo los estudios mencionados fueron realizados en poblaciones generales. Existen algunos reportes los cuales mencionan que no existieron diferencias al comparar el colon irritable con el género ⁽²⁾, incluso algunos reportan dominancia del género masculino en ciertos países debido a la influencia cultural (India, Sri Lanka), ya que en dichos estados los hombres son los que tienen más acceso a los servicios sanitarios haciendo así que se los diagnostique con más frecuencia.

Dichas circunstancias nos hacen pensar que nuestros resultados pueden estar influenciados por nuestro entorno cultural, ya que en los últimos años las mujeres de nuestro país han dejado de lado poco a poco las tareas domésticas, ahora la crianza de los hijos es compartida, y las diferencias con el sexo masculino cada vez son menores.

El estado civil de los participantes no presentó asociación con el colon irritable, ya que todos los grupos alcanzaron porcentajes cercanos al 30%, excepto en el único participante viudo, el cual no se vio afectado por dicha patología. En este aspecto existe un gran consenso mundial, ya que, todos los investigadores reportan que el colon irritable surge independientemente de la situación civil de cada persona ^{(1) (2) (7) (11) (13)}, por lo tanto nuestros resultados no se alejaron de lo obtenido en otras investigaciones.

Una relación muy importante hallada en este estudio, fue la encontrada entre los sujetos diagnosticados de colon irritable y las horas de trabajo. Observamos que aquellos individuos que trabajan más de 8 horas al día, por lo tanto acumulando más de 40 horas semanales presentaron una asociación positiva significativa con el síndrome del intestino irritable ($p=0,0285$).

La literatura no menciona mucho la relación con el cansancio laboral, sin embargo nosotros los profesionales de la salud somos un grupo vulnerable debido a la carga de estrés y las distintas situaciones a las que diariamente nos vemos sometidos, por lo que somos más propensos a degenerar en enfermedades asociadas al estrés, como el síndrome de colon irritable y el estrés laboral. Como vimos antes, los sujetos que trabajaron más de 40 horas a la semana también presentaron una fuerte asociación con el apareamiento de estrés laboral. Sabemos que, tanto el estrés laboral como el intestino irritable, son enfermedades fuertemente relacionadas con el estado psicológico de la

persona. Definitivamente acumular demasiadas horas de trabajo a la semana influye directamente sobre la psiquis del sujeto, al tener menos horas de descanso, ocasionando así la aparición de ambas entidades patológicas.

Otro aspecto importante a mencionar es el tipo más común de colon irritable encontrado en nuestros participantes. Sin numero de investigaciones afirman los 3 subtipos de colon irritable; diarrea, estreñimiento y mixto alcanzan 1/3 cada uno ^{(1) (3)}. Los mismos estudios nos mencionan que la mayoría de estudios de prevalencia e incidencia no diferencian los tipos de colon irritable que atañe a sus participantes, sin embargo mencionan también que en algunos reportes se ha encontrado que ^{(1) (3) (7)} existe cierta predisposición de los sujetos a decantarse por el subtipo mixto, aunque explican que esto podría ser porque existen individuos que son llamados “alternators”, los cuales han demostrado durante el período de un año son capaces de cambiar su tipo de colon entre diarreico y con constipación , al menos en 30% de los sujetos sometidos a dicho estudio⁽¹⁾.

En nuestra investigación el tipo de colon predominante lo ocupó el patrón mixto con un 50% de toda la población afectada por el SII, sin diferencia de edad, género, estado civil, horas de trabajo, ocupación y antigüedad de la profesión. Resultados que concuerdan parcialmente con lo encontrado en otras investigaciones.

5.4 Relación entre el estrés laboral y el síndrome de intestino irritable

Primero quiero realizar algunas reflexiones sobre este apartado. En primer lugar, como ya se expuso antes, los estudios han dado fe de la existencia de un eje cerebro intestinal (brain-gut axis), el cual propone que cualquier evento que genere una alteración de la homeostasis, tanto en el cerebro como en el intestino, llevará inherentemente a la afectación bilateral de ambos sistemas ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁸⁾⁽²³⁾, entonces, resulta lógico

pensar que, si una persona se encuentra afectada por algún trastorno psicológico, en este caso, el síndrome de sentirse quemado por el trabajo (Burnout, el cual es una entidad que en etapas severas, los sentimientos de enajenación, frustración llevan al sujeto que lo padece, a desarrollar actitudes muy negativas tanto en su entorno como para consigo mismo), va afectar directamente al intestino, ayudando así al desarrollo de la entidad patológica a la cual conocemos como síndrome del intestino irritable. A su vez un malestar crónico, como el generado por las molestias severas del colon irritable (ausentismo laboral, fuertes dolores estomacales, periodos de estreñimiento y de diarrea, etc.) puede llevar al apareamiento de entidades como: ansiedad primaria, somatización, distintos miedos asociados a su sintomatología (ej. “Estoy preocupado de tener serias molestias durante el día si no evacuó completamente mi intestino por las mañanas”) según un estudio realizado por Meyer et al durante el año 2008 en Gran Bretaña, estos eventos sumados al estrés y las distintas situaciones que tienen que afrontar nuestros participantes diariamente, especialmente los médicos, definitivamente contribuyen al apareamiento simultaneo de estrés laboral.

En segundo lugar, son muy escasos los estudios en los cuales se haya relacionado el Maslach Burnout Inventory y los criterios ROMA III, apenas conseguimos un estudio realizado durante el año 2009 en una población de médicos en Venezuela ⁽⁹⁾, en la cual más de la mitad de la población con SII (67,6%) presenta estrés laboral⁽⁹⁾.

Por último recalcar que en nuestro país no existen estudios acerca de burnout en poblaciones sanitarias. Más escasos son los estudios acerca del colon irritable, ya que ni siquiera contamos con datos en la población general, peor aún en poblaciones

sanitarias. Hechos que revelan la importancia de los datos obtenidos en nuestra investigación.

Comenzando con la discusión de los resultados, realizamos la tabla de contingencia entre la escala de estrés emocional (variable que, según casi todos los investigadores es la que define al síndrome ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ ⁽³¹⁾ ⁽⁴⁰⁾) y el colon irritable. Los resultados que obtuvimos en nuestra investigación fueron muy alentadores, ya que, encontramos una relación muy fuerte entre dichas variables ($p=0,012$). Vimos como en los sujetos afectados por el síndrome de colon irritable, el 28% alcanzo niveles medios y un 31% niveles altos de estrés emocional, aún más significativo ($p=0,008$) fue cuando analizamos las mismas variables, pero esta vez al estrés emocional se lo tomo en cuenta como variable dicotómica (niveles bajos = ausencia, niveles medios y altos = presencia), los resultados nos muestran como más de la mitad (59%) de los individuos afectados por el síndrome de intestino irritable también resultados afectados por el estrés emocional de manera significativa. Quisimos cerciorarnos de que dichos resultados no se hayan producido por el azar y aplicamos la corrección de Yates, sin embargo, el valor de p siguió siendo significativo ($p=0,016$). En el estudio realizado en Venezuela se definió como “estrés laboral” según la escala predominante, en cuyo caso fue la escala de estrés emocional.

Como sabemos, varios estudios importantes ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ concluyen que la escala que define al síndrome es la de estrés emocional, por lo tanto afirmamos que nuestros resultados son importantes, ya que demuestran la relación aditiva entre el estrés laboral y el síndrome de intestino irritable.

La siguiente dimensión de la escala, la despersonalización, no mostró relación de dependencia al momento de relacionarla con el síndrome de colon irritable. Sin embargo esto se podría explicar porque las actitudes que se miden con la escala de despersonalización, según Maslach ⁽⁴⁾ y otros estudios ⁽³²⁾, no necesariamente se encuentran ligados a un estrés laboral, sino que en ocasiones las actitudes negativas reportadas por la escala, se pueden deber a rasgos de personalidad per sé.

Otro resultado importante que apoya la tesis en estudio, fue el hallado con la última dimensión de la escala, la falta de realización personal. Al momento de comparar la ausencia o presencia de la misma, vimos que exactamente la mitad de las personas afectadas por el intestino irritable también se vieron perjudicadas por la falta de realización personal, igual que sucedió con la variable estrés emocional, quisimos validar que dichos hallazgos no se deben a azar aplicando la corrección de Yates, debido a que la muestra no fue muy grande, sin embargo, los resultados siguieron siendo muy alentadores ($X^2 = 4,86$, $p=0,027$; $X^2_{corr} = 3,95$; $p=0,029$).

Una vez expuestos los resultados de la asociación, resulta evidente ver como nuestros resultados apoyan a la afirmación de que efectivamente existe una asociación del estado psicológico de la persona y el apareamiento del síndrome intestinal, especialmente en la población de médicos, que podría constituir en el grupo estudiado uno de los factores principales que ponen en marcha de la sucesión de hechos fisiopatológicos que provocan la sintomatología y la recurrencia de los síntomas del síndrome de Intestino Irritable.

Se confirma la importancia de la edad, de la satisfacción profesional, del perfil optimista y positivo, del sentirse recompensado y sobre todo de la percepción de estar valorado,

como factores que se oponen a la adquisición del síndrome de burnout, que eventualmente llevarían al desarrollo de SII o viceversa.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1.- La prevalencia del síndrome de burnout fue igual al 70%, resultado similar a los determinados en otros estudios, siempre y cuando se tome en cuenta las características de la población y del instrumento diagnóstico empleado.

2.- El perfil del individuo afectado por el burnout dentro de nuestro estudio es un profesional de cualquier edad y profesión, interno rotativo, que trabaja más de 40 horas semanales y con menos de 5 años en su puesto actual de trabajo.

3.- Los niveles encontrados de burnout y sus escalas son similares al de otros estudios realizados en médicos y administrativos, y no existen importantes diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas (estado civil, edad y género).

4.- La consistencia interna del Maslach Burnout Inventory mostro tener buenas propiedades dentro de nuestro medio para convertirse en una herramienta de screening de estrés laboral

5.- La prevalencia del síndrome del intestino irritable fue de 27%, resultado que concuerda con otras investigaciones y no existió diferencia entre médicos y

administrativos, como se hubiera pensado, lo que constituye un importante hallazgo de nuestra investigación

6. No existieron diferencias en cuanto al sexo y al género en pacientes con síndrome de intestino irritable, hechos que difieren de los resultados hallados en otras investigaciones.

7. El Trabajar más de 40 horas a la semana mostró estar fuertemente relacionado tanto en la aparición del síndrome de intestino irritable, como en la aparición de estrés laboral.

8. El tipo de colon irritable más frecuente en nuestra población fue el tipo mixto, sin hallarse relación con las variables sociodemográficas ni laborales.

9. Existe relación muy significativa entre el estrés laboral y el síndrome del colon irritable, comprobando así la hipótesis planteada por nuestro estudio, sin embargo no se puede descartar que dicho hallazgo sea producto de la casualidad.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda repetir este estudio en la población general para así encontrar resultados más concluyentes, evaluando poblaciones con diferentes características socio-demográficas para evitar la homogeneidad de los datos.
2. Se debería realizar más estudios en poblaciones similares, para evaluar si los resultados encontrados son los reales.
3. En estudios que se vayan a realizar a futuro, se recomienda validar en nuestro medio la escala del Maslach Burnout Inventory, ya que las validaciones con las que se ha trabajado fueron hechos en países hermanos.
4. Las investigaciones futuras sobre el colon irritable deberían utilizar otras escalas para medir el estrés laboral, especialmente en la población general,

ya que la usada en este estudio es la que se utiliza preferentemente en personal sanitario y de servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

1. Emeran A. Mayer, M.D. Irritable Bowel Syndrome, n engl j med 358;16
www.nejm.1692.org april 17, 2008.
2. J. Valenzuela a, J. Alvarado b, H. Cohen c, A. Damiao d, C. Francisconi e, L. Frugone f, J.C. González g, A. Hernández h, B. Iadec, M.H. Itaqi Lopese, R. Latorre a, J. Prado d, P. Moraes-Filho d, M. Schmulson i, L. Soifer j, M.A. Valdovinosi, E. Vescok y A. Zalar j a Facultad de Medicina. Hospital Clínico. Universidad de Chile. Santiago. Chile. B Facultad de Medicina. Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia. C Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo. Uruguay. D Departamento de Gastroenterología. Facultad de Medicina. Universidad de Sao Paulo. Brasil. E Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Brasil. F Facultad de Medicina. Universidad de Guayaquil. Ecuador. G Escuela de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela. H Guatemala, Centro América y Caribe. I Departamento de Gastroenterología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México. México. J Servicio de Gastroenterología del CEMIC. Hospital Juan A. Fernández. Buenos Aires. Argentina. K Universidad Particular San Martín de Porres. Lima. Perú. Un

consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27(5):325-43.

3. Aziz, F Creed, A Emmanuel, L Houghton, P Hungin, R Jones, D Kumar, G Rubin, N Trudgill, P Whorwell, R Spiller, Q. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *British Medical Journal. Gut* 2007; 56:1770–1798. doi: 10.1136/gut.2007.119446.
4. Dres Rivas Adrianys, Landaeta Yris, Gil Carolina, Ramírez Zulma Prevalencia del síndrome de intestino irritable y la relación del estrés laboral con esta patología en los médicos especialistas de dos centros hospitalarios y uno imagenológico de Maracay edo Aragua. Venezuela 2008.
5. Yi-Hao A. Shen Richard Nahas MD, Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome, Vol 55: february • février 2009 *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*.
6. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. *Annual Reviews Psychology* 1986; 52:397-422.
7. Fermín Mearin Miembro del Comité Internacional de Trastornos Funcionales Intestinales Roma III. Servicio de Aparato Digestivo. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Centro Médico Teknon. Barcelona. España. Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III, *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(9):335-43.

8. Anders Hviid, Henrik Svanström, Morten Frisch. Antibiotic use and inflammatory bowel diseases in childhood. *Gut* 2011;60:49-54 doi:10.1136.
9. Drossman DA.: gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med* 1998; 60:258-267.
10. Drossman DA, Ritcher JE, Talley NJ, et al. *Functional gastrointestinal disorders*. Boston: Little Brouwn 1994:1-174.
11. Calabrese G. Riesgos profesionales del Anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún, Mexico, 2001:12.
12. Tait D, Bradley C, Wipf J, Back A. Resident Burnout and self reported patient care. *Anna Int Med* 2002;136(5):358-67.
13. Campbell D; Sannad S, Eckhauser F, Campbell k, Greenfield L. Burnout among American Surgeons. *Surgery* 2001; 130(4):696-05.
14. Guntupalli K, Fromm RE. Burnout in the internit-intensivist. *Intensive Care Med* 1996; 22:625-30.
15. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2005.

16. Mertz H. Review article: visceral hypersensitivity. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17:623-33.
17. Mertz H. Altered CNS processing of visceral pain in IBS. En: Camilleri M, Spiller RC, editors. *Irritable bowel syndrome diagnosis and treatment*. London: WB Saunders, 2002; p. 55-68.
18. Silverman DHS, Munakata JA, Ennes H, et al. Regional cerebral activity in normal and pathologic perception of visceral pain. *Gastroenterology* 1997; 112:64-72.
19. Marroon Thabane, John K Marshall Post-infectious irritable bowel syndrome ISSN 1007-9327 CN 14-1219/R *World J Gastroenterol* August 7, 2009 Volume 15 Number 29.
20. Drossman DA. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. En: Corazziari E, editor. *Neurogastroenterology*. Berlin: Walter de Gruyter, 1996; p. 33-40.
21. Ingeborg L Zijdenbos, Niek J de Wit, Geert J van der Heijden, Gregory Rubin, A Otto Quintero. Tratamientos psicológicos para el tratamiento del síndrome del colon irritable (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2010* Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD006442. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

22. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*. 1999; 45 Suppl 2:1143-7.
23. Douglas A. Drossman, Jhon E. Kellow, Revisores de la versión en Español Dr. Max Schmulson Wasserman México D.F, México Dr. Ramón Carmona Sánchez San Luis Potosí, México Dr. Heriberto Medina Franco México D.F, México Dr. José María Remes Troche Veracruz, México. Algoritmos de la Fundación de Roma para Diagnóstico de Síntomas Gastrointestinales Comunes en Español 2010, *Rev Gastroenterol Mex*, Vol. 75, Núm. 4, 2010.
24. Alexander C Ford, clinical fellow, Nicholas J Talley, professor of medicine, Brennan M R Spiegel, assistant professor of medicine, Amy E Foxx-Orenstein, associate professor of medicine, Lawrence Schiller, clinical professor, Eamonn M Quigley, professor of medicine and human physiology, Paul Moayyedi, professor of gastroenterology. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis, *BMJ* 2008; 337:a2313 doi:10.1136/bmj.a2313.
25. C J Bijkerk, general practitioner, N J de Wit, associate professor of general practice, J W M Muris, associate professor of general practice, P J Whorwell, professor of medicine and gastroenterology, J A Knottnerus, professor of general practice, A W Hoes, professor of clinical epidemiology and general practice. Soluble or insoluble fibre in irritable bowel syndrome in primary care? Randomised placebo controlled trial. *British Medical Journal*. 2009; 339:b3154 doi:10.1136/bmj.b3154.

26. J Dalrymple, I Bullock, Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of NICE guidance, *BMJ* 2008; 336:556-8 doi:10.1136/bmj.39484.712616.AD.
27. Bu'Hussain Hayee, Ian Forgacs Psychological approach to managing irritable bowel syndrome, *British Medical Journal* 2007; 334:1105-9 doi: 10.1136/bmj.39199.679236.AE.
28. Tack Jan M.D., P.H.D. Antibiotic Therapy for the Irritable Bowel Syndrome, the *New England Journal of Medicine* 364;1. Enero 2011.Editorial.
29. Mark Pimentel, M.D., Anthony Lembo, M.D., William D. Chey, M.D., Salam Zakko, M.D., Yehuda Ringel, M.D., Jing Yu, Ph.D., Shadreck M. Mareya, Ph.D., Audrey L. Shaw, Ph.D., Enoch Bortey, Ph.D., and William P. Forbes, Pharm.D., for the TARGET Study Group. Rifaximin Therapy for Patients with Irritable Bowel Syndrome without Constipation. *N Engl J Med* 2011; 364:22-32.
30. Jennifer A. Spanier, BS; Colin W. Howden, MD; Michael P. Jones, MD A Systematic Review of Alternative Therapies in the Irritable Bowel Syndrome. *Arch Intern Med.* 2003;163:265-274.
31. Revista *Semergen* 2010, manual de atención primaria, P. Gil Monte. Semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf.
32. Gloria Gema Cáceres Bermejo, "Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar". *Rev Esp. Med.* 2009.

33. Tucundura LT, García AP, Prudente FV, Centofanti G, de Souza CM, Monteiro TA, et al. Rev Assoc Med Bras 2006; 52 (2):108- 112.
34. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac sanit 2002; 16(6): 480-486.
35. Avalos, N. S y García G. C. Burnout (Desgaste Laboral En Personal Administrativo De La Universidad Del Valle De México Campus Tlalpan) Universidad Del Valle De México Campus Tlalpan Psicología Experimental, 2006.
36. Chopra S, Sotile W, Sotile M. Physician Burnout. JAMA 2004; 291(5): 633.
37. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997; 71 (3): 294-303.
38. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. Aten Prim 2005; 35(2):108-109.
39. Gran A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit 2005; 19 (6): 463-470.
40. Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats y Florencia Braga. INFLUENCIA DE FACTORES PERSONALES, PROFESIONALES Y TRANSNACIONALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO HISPANOAMERICANO Y ESPAÑOL (2007).

41. I. Bru Espino, A. Segura Fragoso, C. del Castillo Comas, E. Magaña Loarte, A. Franco Moreno, A. Martínez de la Casa Muñoz. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 32, Nº. 6, 2003 , págs. 343-348.
42. Varela-Centelles PI, Fontao LF, Martínez AM, Pita A, Valín MC. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. Aten Prim 2005; 35(6):301-305.
43. Olga Paredes G./ Pablo Sanabria. Estudio de burnout en residentes de especialidades clínico-quirúrgicas. Revista Médica, enero-julio año/ vol 6, número 001, 2008 Universidad Militar Nueva Granada, Colombia, pp 25 – 32.
44. Dr. José Lauro de los Ríos Castillo, MMS. Mariano Ocampo Mancilla², Dra. Martha Landeros López, MEC. Teresa Luzeldy Ávila Rojas, Ing. Luis Antonio Tristán Alejo Burnout en Personal Administrativo de una Dependencia Gubernamental: Análisis de sus Factores Relacionados Recibido 20 de Octubre de 2006, Aceptado 12 de Febrero de 2007.
45. Ricardo Millán-González, Andrea Mesén-Fainardi. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses (Prevalence of Burnout Syndrome in Costarican Physician Residents) Acta méd. costarric v.51 n.2 San José abr.-jun. 2009.
46. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward on understanding of the Burnout phenomenon. J Appl Psicol 1986; 71 (4): 630-640.

47. Rodolfo Quiroz Valdivia(*), Santiago Saco Méndez(*). FACTORES ASOCIADOS AL SINDROME BURNOUT EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SUR ESTE DE SALUD DEL CUSCO. **SITUA** 2003; 12 (23): 11-22.
48. Nadia Ordenes D. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Rev Chil Pediatr 75 (5); 449-454, 2004.
49. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. César A. Guevara, M.D., Diana P. Henao, M.D., Julián A. Herrera, M.D.
50. Milagros Dueñas, Luzbenia Merma/ Richard Ucharico. Prevalencia de burnout en médicos de la ciudad de Tacna. Número 001 Federación latinoamericana de sociedades científicas de estudiantes de medicina, Lima – Perú, pp 34-38, 2003.
51. Dra. Romero M. Jenny. Síndrome intestino irritable: Prevalencia y estrés, Gen v.63 n.3 Caracas sep. 2009.
52. José Klinger R, Jaime Klinger R, Síndrome de intestino irritable, Rev. méd. Chile v.129 n.5 Santiago mayo 2001 doi: 10.4067/S0034-98872001000500016.
53. Gómez Álvarez, David Felipe; Morales Vargas, Julián Guillermo; Rojas Medina, Luís Mariano Aurelio; Mújica Oviedo, Sandra Celina; Camacho López, Paul Anthony; Rueda Jaimes, Germán Eduardo. Factores sociosanitarios y prevalencia del síndrome del intestino irritable según los criterios diagnósticos de Roma III en una población general de Colombia. Published in Gastroenterol Hepatol.2009; 32(06) :395-400 - vol.32 núm 06.
54. The American Society of Health-System Pharmacists, Inc., 7272 Wisconsin Avenue, Bethesda, Maryland. Traducido del inglés por DrTango.

55. Evans BW, Clark WK, Moore DJ, Whorwell PJ. Tegaserod para el tratamiento del síndrome de colon irritable y la constipación crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons,Ltd.).

ANEXO 1

Historia Clínica

Responda detenidamente cada uno del ítem leído.

Datos personales:

Fecha:

1. EDAD (años cumplidos): _____

2. ESTADO CIVIL:

Soltera/o (___) Casado (___) Divorciado (___) Viudo (___)

Unión libre (___)

3. OCUPACIÓN:

Personal Médico (___) Personal administrativo (___).

4. DIRECCION:

(_____)

5. TELEFONO:

(_____)

ANEXO 2

ESCALA DE ESTRÉS LABORAL DE MASLACH (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me							

		siento emocionalmente agotado.						
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.						
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.						
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.						
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.						
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una						

		tensión para mí.						
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.						
8	EE	Me siento “quemado” por el trabajo.						
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.						
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.						
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté						

		endureciendo emocionalmente.						
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.						
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.						
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.						
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.						
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.						

17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.						
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.						
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.						
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.						
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en						

		el trabajo.						
22D		Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.						

ANEXO 3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

TESIS DE GRADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TEMA:

PREVALENCIA DE COLON IRRITABLE Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO QUE LABORA EN EL HOSPITAL REGIONAL IESS DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA-ECUADOR DURANTE JUNIO – JULIO DEL 2011.

Investigadores:

Patricio Alejandro Montalvo Ramos, egresado de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Patricio Alejandro Montalvo Ramos, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es establecer la relación, si es que existiera, entre el síndrome del colon irritable y el estrés laboral en el Hospital regional del IESS de ciudad de Riobamba-Ecuador.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (encuesta). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, a la entrevista y sus datos personales serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

ANEXO 4

Cuestionario ROMA III para diagnóstico de síndrome de intestino irritable

Edad _____ Sexo F M
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES: (encierre en un círculo la respuesta)

1. ¿Ha presentado molestia o dolor abdominal?

- 0. nunca
- 1. menos de un día al mes
- 2. un día al mes
- 3. dos o tres días al mes
- 4. un día a la semana
- 5. más de un día a la semana
- 6. Todos los días

2.- SI ES MUJER:

El dolor aparece durante su menstruación y no durante otro período.

- 0.- NO _____ 1- SI _____
- 2.- No es aplicable por que tengo menopausia o soy hombre.

3.- ¿El dolor o molestia lo ha tenido por 6 meses o más?

- 0. NO _____ 1. SI _____

4.- ¿El dolor o molestia mejora cuando tiene evacuaciones?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces (25% de las veces)
- 2. Casi siempre (50% de las veces)
- 3. Casi todo el tiempo (75% de las veces)
- 4. Siempre (100% de las veces)

5.- ¿Con el dolor ha tenido mayor número de evacuaciones o evacuaciones diarreas?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces (25% de las veces)
- 2. Casi siempre (50% de las veces)
- 3. Casi todo el tiempo (75% de las veces)
- 4. Siempre (100% de las veces)

6.- ¿Con el dolor ha tenido menor número de evacuaciones que lo normal?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces (25% de las veces)
- 2. Casi siempre (50% de las veces)
- 3. Casi todo el tiempo (75% de las veces)
- 4. Siempre (100% de las veces)

7.- ¿Con la molestia o con el dolor ha presentado incontinencia rectal?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces (25% de las veces)
- 2. Casi siempre (50% de las veces)
- 3. Casi todo el tiempo (75% de las veces)
- 4. Siempre (100% de las veces)

8.- ¿Con la molestia o con el dolor ha presentado heces duras?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces (25% de las veces)
- 2. Casi siempre (50% de las veces)
- 3. Casi todo el tiempo (75% de las veces)
- 4. Siempre (100% de las veces)

9.- ¿Con la molestia o con el dolor ha presentado evacuaciones diarreas?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces (25% de las veces)
- 2. Casi siempre (50% de las veces)